Rok XLII. Kraków 23 Maja 1903. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O podstawowych własnościach soku trzustkowego *).

Podał

Doc. Dr. Popielski.

Jednocześnie z pracą moją, ogłoszoną w Nrze 18 „Przeglądu lekarskiego“, wyszła w *Comptes rendus de la Société de biologie* (Nr. 13 z 10-go kwietnia 1903 roku) rozprawa PP. Delezenne i Frouin p. t. *Nouvelles observations sur la sécrétion physiologique du pancréas. Le suc pancréatique de bovidés.*

Badacze ci, powołując się na moją rozprawę, umieszczoną w Nrze 35 r. 1902 „Russkiego Wracza“: *„O celowości w czynności trzustki i gruczołów trawiennych“*, wypowiadają swoje zdanie z powodu faktu, wykrytego przeze mnie i przez nich, że sok trzustkowy, otrzymany przy użyciu kaniuli, nie posiada zdolności trawienia białka: „Fakt ten najzupełniej zmienia klasyczne poglądy co do własności proteolitycznych soku trzustkowego, (wyrażających się w trawieniu białka), poglądy, wynikające z prac Heidenhaina, oraz licznych poszukiwań Pawłowa i jego uczniów. Doświadczenia szkoły Pawłowa o celowem przystosowaniu się trzustki do rodzajów pokarmu, tak napozór przekonywające, utraciły swoją wartość“. W tejże pracy Delezenne i Frouin przytaczają spostrzeżenie Glaessnera Towarz. lekar. berlińskie, 9 marca, 1903 r.), który przekonał się, że sok trzustkowy, otrzymany z trzustki jednej kobiety (podczas operacyi na drogach żółciowych) zapomocą sondy *à demeure,* wprowadzonej do przetoki Wirsunga, nie posiadał wcale zdolności trawienia białka.

Delezenne i Frouin, oprócz doświadczeń przeprowadzonych na psach, które karmili w ciągu całych miesięcy rozmaitymi pokarmami i które sok trzustkowy (otrzymany zapomocą kaniuli) okazał się zawsze nieczynny, wykonali doświadczenie na krowie, której założyli przetokę według metody Heidenhain-Pawłowa; sok zebrany zapomocą kaniuli zupełnie nie zmieniał białka, które jednak po dodaniu do soku trzustkowego niewielkiej ilości soku kiszkowego bardzo szybko się przetrawiało.

Zatem teoretyczny wniosek, wyprowadzony przeze mnie na zasadzie krytycznego rozbioru prac prof. Pawłowa, został rozstrzygająco potwierdzony doświadczalnie. Okoliczność ta jednak bynajmniej nie oznacza, że prace znakomitego rosyjskiego fizyologa, prof. Pawłowa, utraciły znaczenie, jak się wyrażają francuscy badacze (D. i F.); przeciwnie, wykonane według jednej przewodniej myśli, doprowadziły do badań, których wyniki mają ogromne znaczenie biologiczne. Prawda, wyniki tych prac znajdują się w zupełnej sprzeczności z wynikami prac prof. Pawłowa; jednak dzięki tym ostatnim wytworzyła się potrzeba dalszych badań i możność zdobycia ważnego faktu naukowego.

*) *Post-scriptum* niniejsze otrzymała Redakcya już po wydrukowaniu artykułu Szanownego autora w Nrze 18 tym »Przegl. lekarsk.« Ze względu na doniosłość wyników badań Dra Popielskiego i całej jego polemiki ze szkołą prof. Pawłowa, umieszczamy to uzupełnie. nie na tem miejscu.

II. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

W sprawie rozpoznawania nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych.

Podali

Aleksander Fawicki i Witold Orłowski,

docenci chorób wewnętrznych.

(Ciąg dalszy).

III.

Zanim się zastanowię nad składem moczu w nieżycie miedniczek nerkowych, poświęcę parę uwag sprawie samej funkcyi oddawania moczu w przebiegu tej choroby.

Według zdania większości klinicystów (Ultzmann[6]) i inni) przewlekły nieżyt miedniczek nerkowych, nie powikłany zapaleniem cewki moczowej, nie wywołuje częstszego moczenia. Nasze spostrzeżenia wykazują jednak, że częstsze oddawanie moczu może występować odruchowo i w stanie zdrowym cewki moczowej (Spostrz. IV, V). Najlepiej udowadnia to nasze spostrzeżenie (IV), dotyczące chorego, który nigdy nie przebywał rzeżączki, nieżytu zaś miedniczek nerkowych nabawił się po spadnięciu z konia, więc drogą urazu. Spostrzeżenia nasze zostały pod tym względem potwierdzone w ostatnim czasie przez Fiłatowa[12]), Israela[1]). Senatora[3]) i innych. Oprócz częstszego oddawania moczu spostrzegamy nieraz w nieżycie miedniczek nerkowych palenie a nawet ból w cewce moczowej; najczęściej to występuje u chorych, którzy przebywali przedtem rzeżączkę.

Co się tyczy składu moczu, to Ultzmann[6]), Rosenstein[3]), Fürbringer[7]) i inni utrzymują, że zwiększenie dobowej ilości moczu jest objawem cechującym dla nieżytu miedniczek nerkowych, tłómacząc to zjawisko przekrwieniem nerek i obniżeniem ciężaru właściwego. Nasze spostrzeżenia wbrew tym zapatrywaniom wykazują, że w przeważnej liczbie przypadków nieżyt przebiega bądź z umiarkowanem wzmożeniem oddawania moczu, trwającem mniej więcej czas dłuższy, lub bądź też z obfitem, lecz krótkotrwałem (Spostrz. III, IV, VI). Zwiększenie dobowej ilości moczu bywa prawie zawsze poprzedzane wzmożeniem bolów w odpowiedniej okolicy nerkowej i nieraz występuje jednocześnie z wydzielaniem w moczu znacznej ilości śluzu, lub ropy. Podczas zaś nasilenia bolów w okolicy nerkowej

dobowa ilość moczu prawie zawsze znacznie się obniża. Wynika więc z tego, że w nieżycie miedniczek nerkowych można odróżniać 2 okresy: okres zmniejszonej ilości moczu, nieraz do 300—500 sz. ctm., współistniejący zwykle z zaostrzeniem sprawy zapalnej i okres następowego znacznego zwiększenia, dochodzącego nieraz do 4—5 litrów moczu na dobę (Spostrz. IV, VI). Wahania ciężaru właściwego odpowiadają zmianom w ilości moczu.

Oddziaływanie świeżego moczu w nieprawidłowym nieżycie miedniczek nerkowych jest według naszych spostrzeżeń wybitnie kwaśne; w razie przejścia nieżytu miedniczek na pęcherz moczowy odczyn może stać się słabo kwaśnym, obojętnym, lub wreszcie zasadowym (W. Orłowski[16]); w większości jednak przypadków odczyn moczu w nieżycie pęcherza moczowego, jak wykazali Krogius[17]), Morelle[18]), Melchior[18]), W. Orłowski[16]) i inni, jest również kwaśny. Lecz i w nieżycie miedniczek nerkowych, nie powikłanym z nieżytem pęcherza moczowego, oddziaływanie moczu może w wyjątkowych razach, wbrew zdaniu Rosenfelda[19]), być zasadowe (Casper[20]). Podobna okoliczność zdarza się najczęściej w tak zw. *coli-pyelitis* Baginskyego, w tych bowiem nieżytach mocz zawiera oprócz lasecznika okrężnicy inne drobnoustroje, rozkładające mocznik już w miedniczkach nerkowych.

Z tego, co wyżej powiedzieliśmy, wynika, że 3 ważne objawy nieżytu miedniczek nerkowych: zwiększenie ilości moczu, obniżenie ciężaru właściwego i mocno kwaśne oddziaływanie, nie są stałe i nie zawsze uwydatniają się tak, jak to utrzymuje większość klinicystów.

Nasze spostrzeżenia wykazują, że znacznie częstszym i stalszym jest inny objaw w nieżycie miedniczek nerkowych, mianowicie zwiększenie ilości śluzu w moczu (Sp. III, V, VI). Lecz i pod tym względem spotykamy zwykle pewną okresowość. Zwyczajnie bywa tak, że podczas okresu zaostrzenia ilość śluzu w moczu obniża się i staje się nawet prawidłową (Spostrz. II, IV); po skończeniu zaś tego okresu nasilenie znów wzrasta (Spostrz. IV, VI). Wahania w ilości śluzu mogą być nieraz wykazane już w ciągu jednej doby, jeśli zbierać mocz przy każdem moczeniu chorego do osobnego naczyńka. Niekiedy jednak ilość śluzu odrazu podnosi się w znacznym stopniu bez widocznego zaostrzenia sprawy zapalnej w miedniczkach nerkowych (Spotrz. II i IV). W każdym razie obecność śluzu w moczu nieraz w znacznej ilości jest jednem z cechujących i stalszych zjawisk, w wielu zaś razach przedstawia jedyną zmianę chorobową, którą się stwierdza w moczu cierpiących na przewlekły nieżyt miedniczek nerkowych. Wobec tego nie podobna, wbrew zapatrywaniom klinicystów, nie uznać doniosłego znaczenia rozpoznawczego tego objawu, nawet w tych przypadkach, w których zwiększone wydzielanie się śluzu nie jest połączone z jednoczesnem wydzielaniem się ciałek ropnych.

Według naszych spostrzeżeń domieszka ropy w moczu w nieżycie miedniczki nerkowej jest objawem niestałym: mocz w tej sprawie chorobowej może zupełnie nie zawierać ciałek ropnych, nawet w ciągu dłuższego czasu (Sp. IV); niekiedy zaś komórki ropne zjawiają się nagle, najczęściej po ukończeniu napadu bolów i szybko znów znikają (Spostrz. II, III, V, VI). Wbrew więc poglądom innych klinicystów domieszkę ropy w moczu uważamy za objaw mniej stały i mniej pewny, niż obecność śluzu.

Obecność krwinek czerwonych w moczu jest uznawaną również za jeden z ważnych objawów nieżytu miedniczek nerkowych, chociaż nie pierwszorzędny. Jakkolwiek można *à priori* przypuszczać ich obecność w moczu podczas nasilenia sprawy zapalnej, jednak spostrzeżenia nasze wykazują, że krwinki czerwone zjawiają się w moczu w przewlekłym nieżycie miedniczek nerkowych nadzwyczaj rzadko, częściej już w przypadkach ostrych, zwłaszcza powstających przy istnieniu kamicy nerkowej (Spostrz. IV). W tych razach przedstawiają się one zwykle w kształcie tak zw. *Blutschatten Traube*.

Rosenstein[8]), Ziernow[11]) i inni uważają za nieomylną oznakę nieżytu miedniczek nerkowych obecność w moczu tak zw. nabłonka miedniczek nerkowych. Poglądu tego jednak nie podziela większość klinicystów (Eichhorst[21]), Ultzmann[6]), Ebstein, Fürbringer[7]), Fischl[10]), Senator[3]), Sehrwald[22]) i inni), wskazując na niemożliwość odróżnienia go od nabłonka, pochodzącego z głębszych warstw pęcherza moczowego. Metoda Memelsdorfa[23]), polegająca na uwzględnieniu stosunku wielkości komórek nabłonkowych, pochodzących z różnych odcinków dróg moczowych, do ropnych ciałek, nie może być, jak łatwo zrozumieć, pomocną w tem rozpoznaniu, jak sądzi Memelsdorf. Pomimo to spostrzeżenie nasze, jak również Caspera[20]), Holländera[42]) i innych, wskazują, że ten nabłonek może nie znachodzić się w moczu nawet w niewątpliwych przypadkach nieżytu miedniczek nerkowych. Tę samą zasadę należy stosować i względem tak zw. *Papillenpröpfe,* które przedstawiają, zdaniem Holländera, znamienny objaw nieżytu miedniczek nerkowych. Trzeba jeszcze zaznaczyć, że te *Papillenpröpfe* mogą być wykazane w moczu, zawierającym ropę, w przypadku nieżytu pęcherza moczowego, nie powikłanego z nieżytem miedniczek nerkowych (Casper).

Większość klinicystów wreszcie zalicza do stałych objawów nieżytu miedniczek nerkowych obecność w moczu białka i wałeczków szklistych; białko ma wydzielać się z moczem w stosunkowo większej ilości, niżby tego należało oczekiwać, wnosząc z ilości ropy i krwinek czerwonych w moczu. Taki stosunek ma być objawem bardzo znamiennym. Poczyniono nawet usiłowania, ażeby przedstawić ten stosunek matematycznie w liczbach. Po pierwszych próbach Schweikerta, ucznia Leubego, podobną formułę miał ustanowić Goldberg[25]). Używając Posnerowskiej metody obliczania komórek ropnych w moczu, wykazał on, że jeśli w 1 sz. ctm. moczu znajduje się 50.000 komórek ropnych, to ilość białka nie powinna przewyższać 0,1% (wogóle rzekomy białkomocz nie przewyższa, według Goldberga, tej liczby); w razie zaś znajdowania się w 1 sz. ctm. moczu 100—10000 ciałek ropnych, zwykle używane odczyny dla wykazania białka mają dawać z przesączem moczu wyniki ujemne. Większa stosunkowo zawartość białkanów wykazuje, zdaniem Goldberga, oprócz rzekomego, jeszcze i rzeczywisty białkomocz, polegający w nieżycie miedniczek nerkowych na przekrwieniu nerek. Wyniki badań Goldberga zostały wkrótce obalone przez W. Orłowskiego[16]).

Rosenfeld[19]) uważa wydzielanie się w moczu znacznych ilości białka za objaw, cechujący nieżyt miedniczek nerkowych. Z jego spostrzeżeń wynika, że największa ilość białka w moczu nawet w silnym nieżycie pęcherza moczowego nie przekracza 0,1—0,15%; w nieżytach zaś miedniczek nerkowych ilość białka jest 2—3 razy wyższa, niż

w nieżycie pęcherza moczowego o temże natężeniu. Badania W. Orłowskiego[16]) jednak nie potwierdziły tych wyników Rosenfelda. — Reinecke[26]) i Casper[20]) wykazali dalej, że i w niepowikłanym nieżycie pęcherza nieraz spostrzega się wydzielanie się znacznej ilości ropy i białka i odwrotnie, nieżytowi miedniczek nerkowych może towarzyszyć niewielki białkomocz (Senator[3]). Nasze spostrzeżenia wykazują wreszcie, że nieżyt miedniczek nerkowych może przebiegać zupełnie bez białkomoczu: u spostrzeganych przez nas chorych często stwierdzaliśmy nieżyt miedniczek bez białkomoczu (Spostrz. II, VI), lub z białkomoczem, który występował tylko czasowo i był nieznaczny (Spostrz. I, IV, V).

Kończąc uwagi nad zachowaniem się moczu w nieżytach miedniczek nerkowych, dorzucimy jeszcze parę słów o tak zw. *pyelitis calculosa*. Wbrew Leubemu[27]), który rozpoznaje tę sprawę tylko wtenczas, gdy w moczu wykryje żwir lub piasek, spostrzeżenia nasze wykazują, że choroba ta może być rozpoznaną z wielkiem prawdopodobieństwem i w razie niewykazania w moczu kamyków, mianowicie w tych przypadkach, w których chorzy miewają silne napady typowej kolki nerkowej, a w moczu badanie nie wykrywa ani wzmożonej ilości śluzu, ani ropy, które sprowadzałyby napady przez zatkanie moczowodu. Jeśli w takim przypadku badanie nie wykaże opadnięcia nerki, wywiady nie wskazują na przebytą rzeżączkę i od czasu do czasu zjawiają się w moczu krwinki czerwone, chociażby bardzo skąpe, to przypuszczenie *pyelitis calculosa* nabiera jeszcze większej pewności. Rozpoznanie może być również ułatwione, jak wnosić należy z nowszych spostrzeżeń, przez badanie promieniami Röntgena.

Z tego, cośmy dotychczas powiedzieli, wynika, że zwykłe badanie moczu przysparza nam w wielu przypadkach przewlekłego nieżytu miedniczek nerkowych zbyt mało wskazówek rozpoznawczych. Rzecz zrozumiała, że i cewnikowanie moczowodów, do którego przywiązywano tyle nadziei, jest w tych przypadków bezowocnem (Israël[1]), Pinner[28]) i inni).

Na ile wyniki cewnikowania mogą być mylne, najlepiej świadczy spostrzeżenie Gersunyego[29]), który, otrzymawszy z jednej nerki metodą cewnikową mocz przeźroczysty o własnościach prawidłowych, wyciął nerkę drugą, zajętą przez sprawę ropną; gdy w kilka dni po operacyi chory umarł, okazało się, że i druga nerka była prawie całkowicie zniszczona ropniem, z wyjątkiem jednej piramidy, która wydzielała prawidłowy mocz.

Staje się więc zrozumiałem, dla czego klinicyści, którzy zwracają uwagę wyłącznie na własności moczu, zaliczają nieżyt miedniczek nerkowych do spraw, niedostępnych dla rozpoznania. Z tego powodu badanie nieżytu miejscowe, dążące do oznaczenia bolesności okolicy nerkowej, ma nadzwyczaj ważne znaczenie kliniczne

IV.

Nim jednak orzeczemy o istnieniu nieżytu miedniczek nerkowych na postawie bolesności okolicy nerkowej, wykazanej w sposób wyżej opisany, musimy poprzednio wykluczyć szereg schorzeń, które wywołują podobneż bole. Przedewszystkiem należy pamiętać o macinnictwie i niedomodze nerwowej. W tych jednak postaciach chorobowych znajdujemy wzmożoną pobudliwość całego układu nerwowego wogóle; bole nie odznaczają się ścisłem umiejscowieniem, co jest znowu cechującem dla nieżytu miedniczek nerkowych; występują one nieraz silniej przy badaniu powierzchownem, niż przy głębszym ucisku i t. d. W niektórych jednak rzadkich przypadkach mogą występować silne bole neuralgiczne, ograniczone ściśle do okolicy nerkowej (Senator[3]), Klemperer[30]) i inni). Podobne bole opisał pierwszy Raynaud[13]) w wiądzie rdzenia i nazwa je *„crise néphrétique"*; inni autorowie nadali im miano *„nephralgia"*. Nie wszystkie jednak z tych spostrzeżeń są bez zarzutu pod względem rozpoznawczym; w niektórych bowiem przypadkach powstanie tych bolów było poprzedzane przez nieprawidłowości ze strony pęcherza moczowego, lub w składzie chemicznym moczu, co naprowadza na podejrzenie, czy też nie było w tych przypadkach zaostrzenia przewlekłego nieżytu miedniczek nerkowych; w innych zaś spostrzeżeniach, uznawanych pierwotnie za rwę nerkową *(nephralgia)* wobec braku zmian w miedniczkach, stwierdzonego podczas operacyi, dalszy przebieg wykrywał znaczne zmiany w początkowym odcinku moczowodu, które mogły od czasu do czasu utrudniać odpływ moczu (Israël). Niewątpliwie jednak zdarzają się przypadki silnych bolów w okolicy nerkowej, w których badanie, wykonywane przez dłuższy przeciąg czasu, nie wykrywa żadnych zmian w moczu. Bole te mogą być wytłómaczone tylko skurczowym stanem miedniczek nerkowych. Podobne przypadki spostrzegał i jeden z nas (A. Fawicki). Od nieżytu miedniczek nerkowych różnią się one prawidłowym składem moczu.

Przy gośćcowem zajęciu mięśni brzusznych bolesność występuje najwyraźniej (odwrotnie, niż w nieżycie miedniczek nerkowych) przy ucisku i ugniataniu mięśni, lecz nie narządów, leżących głęboko (nerki); bolesność jest więcej rozlaną i występuje również i w mięśniach oddalonych, np. w mięśniach kończyn.

Postrzał *(lumbago)* odznacza się b. silnymi bolami w okolicy lędźwiowej kręgosłupa; bolesność może występować i w okolicach nerkowych, lecz tu jest znacznie słabszą; w nieżycie miedniczek nerkowych ból umiejscowia się przeważnie w jednej okolicy nerkowej; jeśli zaś występuje z obydwóch stron, to jest nierównomierny.

Ograniczone zapalenie otrzewnej w okolicy zgięcia śledzionowego lub wątrobowego może w początkowym okresie przyprowadzać na myśl nieżyt miedniczek nerkowych; w zapaleniu otrzewnej jednak występuje silne skurczowe napięcie mięśni brzusznych, które w zapaleniu miedniczek nerkowych może przydarzać się również lecz w znacznie słabszym stopniu; oprócz tego w tej sprawie występuje na pierwszy plan bolesność podczas opukiwania okolicy nerkowej z tyłu. W wybitnych przypadkach zapalenia otrzewnej różniczkowanie staje się już zbyt łatwem.

Innych spraw chorobowych, wywołujących bole o cechach, podobnych do bolu w nieżycie miedniczek nerkowych (choroby wątroby, jelit, śledziony, płciowych narządów kobiecych, zapalenie przy- i onerkowe i t. d.), rozstrząsać na tem miejscu nie będziemy; różniczkowe bowiem rozpoznanie ich nie przedstawia wielkich trudności. Zaznaczymy tu jeszcze, że oznaczenie bolesności w okolicy nerek ma rozstrzygające znaczenie w rozróżnieniu nieżytu miedniczek nerkowych od słabo wyrażonego nieżytu pęcherza moczowego i w roz-

poznaniu jednocześnie istniejącego nieżytu tych części dróg moczowych.

Rozstrzygająca również jest bolesność w tych przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych, w których powstają objawy rozpoczynającego się zapalenia opłucnej, mianowicie: przytłumienie odgłosu wypukowego z osłabieniem szmeru pod odpowiednią łopatką i ograniczenie ruchów klatki piersiowej po stronie zajętej. Objawy te, towarzyszące niekiedy nieżytowi miedniczek nerkowych, tłómaczą się tem, że ruchy przepony i odpowiedniego płuca są wskutek znacznych bolów słabsze, jak również tą okolicznością, że mięśnie w okolicy bolesnego ogniska znajdują się odruchowo w stanie silniejszego napięcia, niż po stronie zdrowej (Spostrz. I, II, III, IV).

V.

Streszczając teraz wszystko, cośmy powiedzieli o nieżycie miedniczek nerkowych, przychodzimy do wniosku, że rozpoznanie tej sprawy chorobowej jest w wielu przypadkach, wbrew zdaniu klinicystów, możliwem i dość ścisłem. Znamiennym objawem rozpoznawczym jest bolesność w okolicy odpowiedniej nerki, oznaczona nieraz tylko osobnem badaniem, następnie skłonność do okresowych zaostrzeń choroby, przebiegających często typowo; prawie zawsze zwiększona w moczu ilość śluzu i cechujące wahania ilości moczu, jego ciężaru właściwego i składu drobnowidowego osadu moczowego w różnych okresach choroby. Ze wszystkich tych objawów największą stałością odznacza się bolesność w okolicy nerkowej. Bolesność ta sama przez się nie rozstrzyga jeszcze rozpoznania nieżytu miedniczek nerkowych, gdyż, jak już nadmieniliśmy, towarzyszy ona i niektórym innym chorobom nerek; lecz obecność jej zniewala nas do szczegółowszego zbadania nerek i osobliwszej baczności w wskazanym wyżej kierunku. Istotnie, nieraz drobiazgowe badanie wykrywa w dalszym przebiegu choroby zmiany w moczu, niekiedy tylko chwilowe, które łatwo można było przeoczyć; następnie zaostrzenie choroby, występujące okresami i t. d. Wobec tych nowych danych przypuszczenie nieżytu miedniczek nerkowych staje się pewniejszem, nieomal niewątpliwem.

(Dokończ. nastąpi).

III. Higiena wzroku w okresie szkolnym.

Napisał

Dr. Adam Langie.

(Ciąg dalszy).

Książki szkolne. Jeżeli czytanie niema być dla wzroku szkodliwem, to i książki odpowiadać muszą pewnym wymaganiom higieny. Przedewszystkiem papier ma być nie lśniąco biały i nie błyszczący, lecz z odcieniem bardzo lekko żółtawym, tak gruby, żeby druk nie przebijał z drugiej strony.

Ważną bardzo jest wielkość i wyrazistość druku, który powinien być jednostajnie czarny. Najniższe miary druku są: wysokość liter 1·5 mlm., odległość dwóch liter od siebie 0·5 mlm., odległość dwóch rzędów 2·5 mlm.; najmniejsza grubość głównych kresek 0·25 mlm., największa długość jednego wiersza 100 mlm. Oczywiście, im klasa niższa, tem druk odpowiednio musi być większy, aż do tych wymiarów, jakie widzimy w abecadłach.

Jakkolwiek są to rzeczy bardzo ważne, to za mało zwracają na nie uwagi władze powolane i dla taniości puszcza się w handel książki szkolne, bardzo odbiegające od powyższych zasad. Na tem cierpi nietylko wzrok, ale i sama nauka, bo jeżeli nawet dorosły chętniej i z większą przyjemnością czyta książkę na dobrym papierze, drukowaną ładnemi, wyraźnemi czcionkami, cóż dziwnego, że dziecko odrzuca książkę szkolną, która, pomijając już treść nie zawsze zajmującą, a tak często nużącą jego umysł, odstrasza swem wejrzeniem i sprawia mechaniczne trudności przy czytaniu.

Ze względu na książki, przeznaczone dla dzieci z klas początkowych szkół normalnych, trzeba brać w rachubę także różnicę między sposobem czytania dziecka, a człowieka dorosłego. Temu ostatniemu przychodzi czytanie całych wyrazów o tyle łatwiej, że przy ogromnej wprawie, nabytej przez całe lata, nie potrzebuje on już tak dokładnie widzieć każdej z osobna litery, które wyraz składają, bo rzuciwszy tylko okiem i zobaczywszy kilka początkowych liter, domyśla się reszty. W ten sposób przeczyta on łatwiej i prędzej słowa nawet tak niewyraźnie drukowane, że nie rozpoznałby łatwo poszczególnych ich liter osobno. Przeciwnie dziecko uczące się czytać, albo takie, które jeszcze nie nabyło tej wprawy, jaką ma starszy, musi poznać każdą pojedynczą literę, zanim złoży z nich cały wyraz. Dlatego też dla dzieci, zaczynających dopiero czytać, druk musi być bardzo wyraźny, litery duże i odstępy między niemi, jak również między poszczególnymi wierszami większe, niż w książkach przeznaczonych dla uczniów starszych.

Sprawą książek szkolnych zajmował się we Francyi bardzo szczegółowo okulista Javal i postawił taką ogólną zasadę dla starszych uczniów: każda książka, która przy zupełnie dobrym wzroku bez wady refrakcyi, przy oświetleniu świecą o jeden metr oddaloną, nie może być przeczytaną biegle i łatwo w odległości 80 ctm. od oczu, nie nadaje się do użytku szkolnego. Karty geograficzne zaś powinny się dać odczytać w tychsamych warunkach z odległości 40 ctm.

Litery niemieckie są daleko trudniejsze do czytania, niż łacińskie i dlatego może myopia szkolna bywa większą i częstszą w Niemczech, niż w innych krajach. Cohn jest stanowczym przeciwnikiem liter niemieckich; pożądanem więc byłoby zastąpienie druku niemieckiego łacińskim we wszystkich szkołach, w których uczą tego języka. Książki naukowe i większość literackich drukowane są dziś w Niemczech coraz częściej literami łacińskiemi, być może, że już niedługo przyjdą i tam do przekonania, że niema racyi psuć ludziom oczy innym drukiem dla szowinizmu narodowego.

Pisanie. Przy pisaniu oczy nie powinny być bliżej papieru, niż 30—25 ctm. Dzieci, uczące się pisać, z powodu technicznych trudności, jakie im to sprawia, przybliżają prawie zawsze za nadto głowę, a jeżeli się na to zaraz w samych początkach nie uważa, przechodzi to w przyzwyczajenie, od którego oduczyć potem nie tak łatwo. Przybliżanie takie zmusza do silnego pochylania głowy ku przodowi, co wywołuje ucisk żył szyjnych, a przez to utrudnienie odpływu krwi z głowy i oczu, dając powód do bolów głowy, a według Dransarta także do powstawania krótkiego wzroku. Oprócz tego zbyt wielkie zbliżenie oczu zmusza do wysiłku akomodacyi, który jest także jednym z czynników,

wywołujących krótki wzrok. Rodzice więc w domu, a nauczyciele w szkołach, powinni uważać na pozycyę ucznia przy pisaniu i nie pozwalać na zbytnie pochylanie głowy [1]), jeżeli zaś uczeń inaczej nie widzi dobrze, dowodzi to jakiejś wady wzroku, którą należy zbadać i ewentualnie poprawić. Ale i tu, jak na każdym kroku, higiena musi potrącać o kwestye społeczne; czyż bowiem może tego wszystkiego dopilnować nauczyciel, mający zbyt wielką liczbę uczniów w klasie, sam przeciążony pracą i źle płatny, który godziny nauki musi uważać jako ciężką pańszczyznę, odrabianą niechętnie i bez zapału, aby tylko wyżyć.

Aby przy pisaniu ułatwić uczniom zachowanie odpowiedniej postawy ciała, która oprócz dla wzroku ważną jest także ze względu na powstające przy złem trzymaniu się skrzywienia kręgosłupa, domaga się ogół higienistów na podstawie bardzo szczegółowych i mozolnych studyów Berlina dwóch rzeczy. Albo zastąpienia pisma skośnego prostem, to jest takiem, przy którem zeszyt leży zupełnie prosto tak, że dolny jego brzeg jest równoległym do brzegu stołu, za czem oświadcza się głównie Cohn i wielu francuskich lekarzy; albo pozostawienia jak dotąd pisma skośnego, ale pod warunkiem, żeby zeszyt leżał przed środkiem ciała piszącego tak ukośnie, aby linie, na których się pisze, biegły od lewej strony i od dołu ku stronie prawej i ku górze pod kątem 30 do 40 stopni w stosunku do brzegu stołu. Przytem wszelkie wzory niewyraźne lub małe powinny być odrzucone.

Pisanie szyferkiem na czarnej tabliczce jest zdaniem Fuchsa złem, bo tabliczka zawsze rzuca pewien odblask, a prócz tego wyrazistość pisma na niej w porównaniu z wyrazistością liter, pisanych czarnym atramentem na papierze, ma się jak trzy do czterech. Z tego samego powodu zaleca Cohn tabliczki białe, na których pisze się specyalnie w tym celu sporządzonym ołówkiem.

Wogóle ważnem jest, aby nie przeciążać uczniów długą i niepotrzebną pisaniną. Wszelkie przepisywania po 100 razy „za karę“, ulubione przez pedagogów starej daty, powinny być raz na zawsze zakazane, na co już Arlt swego czasu zwracał uwagę. Nauczyciele w szkołach średnich nie powinni się też bawić w wykłady, które każą uczniom notować, gdyż zastąpić je mogą drukowane podręczniki.

Rysunki. Wszystko, co wyżej powiedziano, odnosi się też z pewnemi nieznacznemi modyfikacyami do rysunków, obowiązkowych w jednych szkołach, w innych nadobowiązkowych. Aby nie nużyć czytelnika powtarzaniem mniej więcej tego samego, przypomnę tylko jedno, mianowicie nierozsądny program tych szkół, które urządzają naukę rysunków w godzinach wieczornych. Rysunki, zwłaszcza geometryczne, wymagają bardzo dokładnego widzenia i drobnych nieraz pomiarów, co wszystko odbywać się powinno przy dobrem dziennem świetle, a nie wieczorami, chociażby przy najjaśniejszem sztucznem oświetleniu.

Roboty ręczne. W szkołach żeńskich przybywa jeszcze jeden czynnik, wymagający wysiłku wzroku, a w pewnych razach dla niego bardzo szkodliwy, to jest roboty ręczne. Publiczność, podziwiająca na wystawach szkolnych śliczne i trudne roboty, wykonane przez małoletnie uczennice, nie wyobraża sobie nawet, ile to wysiłku wzroku kosztowało. Przychodzą mi na myśl słowa słynnego okulisty Beera: „Widziałem raz na woreczku do tytoniu wyszyte misternie figurki w tak zwanem *point perle,* piękne jakby miniatury, które podziwiać musiałem zachwycony, dopóki nie pomyślałem o oczach tej biednej pracownicy“.

Myśleć o skasowaniu nauki robót ręcznych niepodobna, bo dla niejednej kobiety stanowić może umiejętność ta jedyny później sposób zarobku. Trzeba tylko zachować miarę, nie zaczynać nauki zbyt wcześnie i nie przeciążać nią, prowadzić lekcye przy świetle dziennem dostatecznem, nie zmuszać tych uczennic, które żyć z robót nie będą potrzebowały do obowiązkowej ich nauki, a bezwzględnie zakazać tym, które mają słaby wzrok, lub często chorują na oczy. Fuchs żąda nadto, aby wszystkie roboty o tyle delikatne i drobne, że zmuszają oczy prawidłowe do zbliżania się na odległość mniejszą niż 35 ctm., były z programu szkolnego stanowczo wykluczone.

Jeżeli niektóre godziny robót nie mogą się odbywać, jak tylko wieczorem, co wogóle powinno należeć do wyjątków, to użytem ma być do oświetlenia światło elektryczne, gdyż jako najwięcej zbliżone do dziennego, najmniej wpływa na zmianę kolorów.

Inne warunki higieniczne. Ponieważ wiele chorób ocznych, w tym wieku powstających, ma przyczynę w złym ogólnym stanie zdrowia, przeto też i ogólne warunki higieniczne w szkołach powinny być jak najlepsze.

Przedewszystkiem przewietrzanie klas musi być częste i dokładne; najlepiej jeżeli są urządzenia takie, które bez przerwy odnawiają zepsute powietrze, gdy ich zaś brak, trzeba koniecznie zarządzić częste dłuższe pauzy, podczas których klasa mogłaby być zupełnie opróżnioną i należycie przewietrzoną. Przewietrzanie tem skrupulatniej ma być przeprowadzone w zimie, gdy palenie w piecach psuje powietrze, lub w szkołach wieczornych, gdzie znów oświetlenie sztuczne wywołuje tosamo.

Do tego zmierzać winno uregulowanie podziału klas na równorzędne oddziały tak, żeby żadna przepełnioną nie była. Javal w dziele swem *Hygiène des écoles primaires* domaga się dla każdego ucznia 1·5 metra powierzchni przy wysokości sali najmniej 3·5 metra.

Także program nauki i rozkład godzin nie są obojętne, równie jak stosunek ilościowy nauki szkolnej do domowej. Pod względem pedagogicznym rozstrzygać tu muszą oczywiście pedagodzy, ale nie wolno im zapominać przytem o względach higienicznych, jak to się bardzo często dzieje. Rady szkolne winny zasięgać przy układaniu programów nauki dla szkół opinii lekarzy i higienistów, liczyć się z nią i do udzielonych wskazówek stosować. Wogóle sfery rozstrzygające w szkolnictwie powinny nie zapominać, że nawet najlepszy pod względem pedagogicznym program musi być odrzuconym, jeżeli nie odpowiada warunkom higienicznym i jeżeli wykonanie go byłoby połączone z uszczerbkiem dla zdrowia.

Koniecznem też jest wprowadzenie obowiązkowej racyonalnej gimnastyki, ćwiczeń i zabaw na wolnem powietrzu z warunkiem, aby te nie były rodzajem karkołomnych cyrkowych popisów. Nie mogą być też one szablonowe, dla wszystkich uczniów jednakie, lecz zastosowane do wieku,

[1]) Dla odzwyczajenia dzieci od pochylania głowy obmyślono cały szereg przyrządów, z których najprostszym i najpraktyczniejszym jest Dürra, składający się z okrągłej gumą powleczonej szlaby żelaznej, przyśrubowanej do stolika na wysokości czoła, na której się głowa opiera i nachylić nie może.

sił i zręczności, a uwzględniające pewne wady, ułomności i choroby jednostek. O rodzaju ich i zastosowaniu dla każdego ucznia z osobna rozstrzygać mają lekarze, z gimnastyką obeznani, a najlepiej, aby sami niemi kierowali, o co nie trudno, bo dziś przy rozwoju towarzystw sokolich i postępie gimnastyki leczniczej, coraz więcej lekarzy zaznajamia się gruntownie z rozmaitemi jej metodami. (Dok. n.).

IV. Dalsze typowe i atypowe formy afazyi.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Osobną typową postać afazyi opisał Grashey pod mianem afazyi amnestycznej. Wykazał on, że gdy mając mówić, najpierw uczymy się pojmować i wymawiać całe wyrazy, a dopiero później możemy rozłożyć słowo na poszczególne jego części, t. j. zgłoski i litery, to nabywanie umiejętności czytania i pisania odbywa się odwrotnie. Pierwiej poznajemy pojedyncze znaki, które później składamy w zgłoski i słowa. Tak samo, choć bezwiednie, czyta się i pisze sylabizując. Przy mowie potrzeba oprócz bodźców ruchowych jeszcze pamięci obrazów dźwiękowych. Pamięć odgrywa zatem główną rolę w składaniu wyrazu, a wytworzenie pojęcia słownego wymaga pewnego czasu, dla tego niektóre zaburzenia pamięci mogą spowodować zakłócenie mowy. Przy osłabieniu pamięci konkretne pojęcia o przedmiocie i wyobrażenia dźwiękowe wyrazu znikają pierwej z pamięci, nim zdąży się złożyć całe słowo. Chory taki słyszy i rozumie wszystko: mówi, czyta i pisze dobrze. Nie jest jednak w stanie powiedzieć, jak się nazywa przedmiot mu pokazany, gdyż nie posiada dość pamięci, aby inerwować cały wyraz słowny odrazu. Tłómaczy się to w ten sposób, że wyobrażenie przedmiotowe optyczne *(Objectvorstellung)* za słabo jest natężone, albo też, że pobudliwość ośrodka ruchowego mowy obniżona. Przeto wrażenie optyczne nie może odrazu budzić całego obrazu słownego, czuciowego lub ruchowego; chory taki mógłby przedmiot widziany nazwać tylko sylabizując, co znów trafia na tę trudność, że nim dokończy jednej sylaby, zapomni o przedmiocie, gdyż wrażenia zmysłowe bardzo szybko znikają z pamięci takiego chorego. Przypomniawszy sobie przedmiot przez powtórne jego oglądanie, zapomina znów pierwszych liter słowa. Jak długo chory widzi przedmiot, to może sobie pomagać w ten sposób, że patrzy na niego i pisze pierwszą sylabę, potem patrzy znowu na przedmiot i pisze drugą sylabę i tak do końca słowa. Przez to pisanie sylaby po sylabie ustala je, gdyż napisane litery z pamięci już nie znikają i nareszcie wymawia całe słowa napisane. Zamiast doraźnego optycznego obrazu słownego wysuwa się powstający stopniowo piśmienny obraz optyczny, który czytając, chory może łatwo przeobrażać w słowo. Jeżeli się przedmiot przez chorego widziany usuwa i za chwilę znowu mu się go pokazuje, to chory taki nie pamięta, że przed chwilą go widział. Pamięć takiego człowieka jest tak słabą, że nie tylko zapomina to, co dopiero widział, lecz że z pamięci jego znika pierwsza sylaba szukanego słowa, nim potrafi wytworzyć następną. Stąd też pochodzi, że chory taki może czytać słowa pisane, a nie liczby, gdyż pierwsze składa się z liter, ostatnie zaś są znakami, podobnymi do obrazów przedmiotowych. Choroba ta przedstawia właściwie niższy stopień afazyi optycznej, sądzę zatem, że na stan ten stosowniejszą byłaby nazwa „dysfazya optyczna". Chory Grasheya czytał liczby w ten sposób, że liczył po kolei cały ich szereg, aż doszedł do tej, którą miał odczytać i którą teraz poznał. Dysleksya w przypadku Grasheya pojawiała się w ten sposób, że chory, mając przed oczami całe słowo, odrazu mógł je czytać; widząc jednak pojedynczo sylaby jedną za drugą, nie był w stanie czytać i składać liter do ukształtowania całego słowa. Pamięć ośrodka wzrokowego dla liter, *o*, była zatem osłabiona tak, że chory zapomniał o pierwszej literze, nim spostrzegł drugą; był to więc rodzaj dysleksyi korowej Wernickego (dysleksya centralna Ziehena).

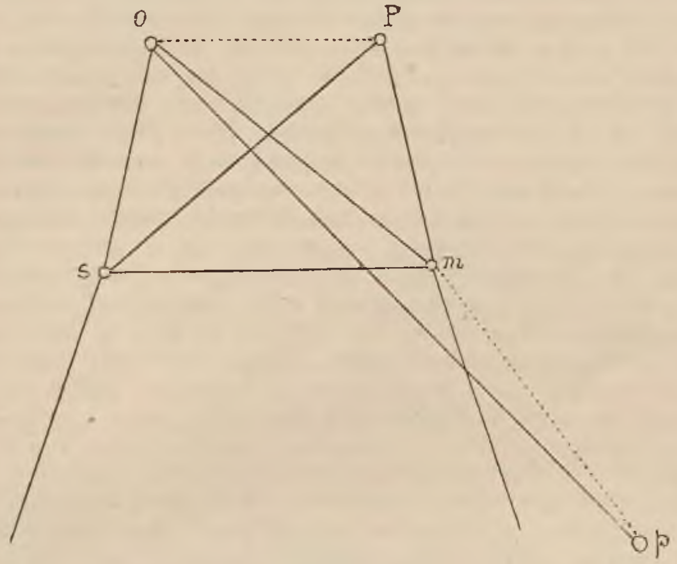
Że w przypadku Grasheya miało się do czynienia z słabością pamięci i jej następstwami, wynika już z tego, że zakłócenie to mowy ustąpiło w miarę coraz więcej postępującej poprawy ogólnej pamięci, dla tego też Grashey nazywa zboczenie to: „afazyą amnestyczną". Munk tłómaczy te objawy utratą pamięci dla obrazów optycznych.

Oppenheim używa wyrazu „afazya amnestyczna" dla stanu, w którym percepcya słów jest utrzymana, a tylko zdolność budzenia obrazu dźwiękowego przez pojęcia i możność przypomnienia sobie jakiegoś wyrazu są upośledzone: czuciowy ośrodek słuchowy może być inerwowany drogą dośrodkową przez n. słuchowy, a nie przez ośrodki psychiczne pojęciowe, jako odmiana afazyi sensorycznej. Droga *s-P* jest czynna, odwrotnie *P-s* niesprawna (Objawy jak przy afazyi ruchowej pozakorowej Wernickego).

Arcyciekawe spostrzeżenie Abercrombiego podajemy według słów, przytoczonych przez Picka z francuskiego tłomaczenia Skwortzoffa: „Un gentleman avait cessé de comprendre les mots prononcés, mais entendait très bien les écrits. Comme il dirigeait une ferme, il avait dans sa chambre une liste des mots, qui avaient chance de se rencontrer dans les discours des ouvriers. Quand un de ceux-ci desirait l'entretenir sur un sujet, le gentleman l'ecoutait d'abord sans rien saisir des paroles, sauf le son. Il regardait alors les mots de la liste écrite et toutes les fois, que les mêmes mots écrits frappaient ses yeux il les comprenait parfaitement". Pick tłómaczy ten przypadek w ten sposób, że chory oczywiście nie tylko brzmienie *(son)*, lecz cały wyraz dobrze słyszał, ale nie rozumiał go, jak przy afazyi czuciowej pozakorowej (W.); rozumienie zaś czytanego było możliwe i to w ten sposób, że stacya *s* była sprawna, droga zaś od *s* do *P* nieczynna. Zrozumienie atoli słowa słyszanego po przeczytaniu tego samego słowa odbywało się drogą od *s* przez *o* do *P*, co przemawia za bezpośredmnie połączeniem między *o* a *P*. (p. Rys. IV). Ja sądzę, że przypadek ten tłómaczy się lepiej innym sposobem. Droga *s-P* nie była przerwana, ale osłabiona. Bodźce, wychodzące z ośrodka słuchowego *s* nie wystarczyły do inerwacyi tej drogi. Jeżeli zaś do tych bodźców przyłączyły się bodźce z ośrodka wzrokowego do *s*, to te podwójne podniety, sumując się, zdołały pobudzić drogę *s-P* do przewodnictwa i do wywołania pojęcia odpowiedniego słowu słyszanemu i widzianemu. Podobny przypadek opisał Hun, gdzie wszystkie słowa, które chory potrzebował wymówić, odczytywał z tablicy, gdzie były napisane (przytoczony u Bastiana).

Według Oppenheima należy odróżnić następujące

typy afazyi: 1) afazya ruchowa, w której rozumienie mowy utrzymane, mowa samodzielna, czytanie i pisanie w różnym stopniu upośledzone, zależnie od indywidualnych różnic w przewodnictwie między ośrodkami. Ognisko w tylnej części 3-go zwoju czołowego lewego. 2) Afazya czuciowa (af. sensoryczna), w której zdolność rozumienia mowy nie istnieje. Różnice w zdolności mowy mechanicznej i samodzielnej, w pisaniu i czytaniu zależne są od nasilenia i rozległości zmian i różnic indywidualnych. Ognisko w pierwszym zwoju lewego płatu skroniowego. 3) Aleksya odosobniona (ślepota wyrazowa) połączona jest z niemożnością czytania, natomiast zdolność pisania albo nie istnieje, albo też utrzymana. W tym ostatnim razie chory może czytać, pisząc (jak w przyp. Westphala, p. niżej), za pośrednictwem wrażeń ruchowo-dotykowych, odczuwanych przy pisaniu. Ognisko w lewym dolnym płacie ciemieniowym; prawdopodobnie uszkodzone włókna kojarzące sferę wzrokową z sferą słuchową czuciową *(o-s)* *(fasciculus longitudinalis inf.* (p. wyżej). 4) Agrafia odosobniona, w której przerwane jest połączenie między ośrodkami wzrokowym a ruchowym lewym dla pisania. Jeżeli zaś mowa wewnętrzna poprzedza pisanie, to przerwa między ośrodkiem ruchowym dla mowy *m* a ośrodkiem ruchowym dla prawej ręki *p* może być przyczyną agrafii odosobnionej.

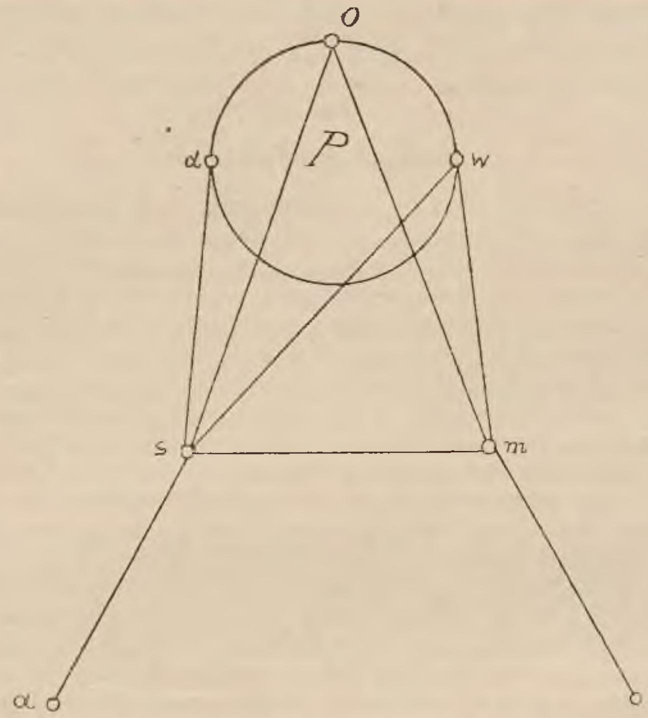


Rys. IV. *P*= ośrodek imaginacyjny ideacyi czyli pojęcia.

Charcot odróżnia postacie afazyi: 1) ślepota wyrazowa (*cecité verbale*), t. j. utrata rozumienia pisma; 2) głuchota wyrazowa (*surdité verbale*), utrata zrozumienia mowy; 3) afazya Broci; 4) agrafia, t. j. utrata pamięci ruchów dla pisania.

Autorowie opisują jeszcze różne postacie głuchoty wyrazowej, których Arnaud nalicza 6. Stanowią one jednak tylko różnice stopniowania tego samego zaburzenia, zależne od stopnia choroby i okresu w jej przebiegu. Między innemi opisuje A. postać pozakorowej niemoty czuciowej, zwanej przez niego: „*surdité mentale avec intelligence des mots consecutive a leur articulation*“, która się cechuje tem, że chory, nie rozumiejąc wyrazów słyszanych, powtarza je, a dopiero po ich powtórzeniu odrazu je rozumie „*echolalie avec intelligence*“. Możemy to wyjaśnić zapomocą naszego szematu że droga *s-P* jest przerwana i zastąpiona przez drogę *m-P*.

Podobną do afazyi amnestycznej Grasheya znamy inną formę afazyi opisaną przez Freunda i Oppenheima pod nazwą afazyi optycznej *(optische Aphasie)*, której pierwsze przypadki opisał Freund. Chory w tem cierpieniu mówi prawie samodzielnie i zupełnie dobrze. Po części jednak ta samodzielna mowa jest utrudnioną o tyle, że chory nie może znaleźć wyrazów dla przedmiotów konkretnych, działających przeważnie na zmysł wzrokowy; widzi on dobrze przedmiot sobie pokazany, poznaje go, wie do czego służy, ale nie jest w stanie powiedzieć, jak się nazywa. Odszukuje on jednak natychmiast stosowny wyraz, jeżeli ten przedmiot wywrze jeszcze na niego inne wrażenie zmysłowe. N. p. chory nie wie, jak nazwać pokazany mu zegarek, mimo, że go poznaje i oznajmia, że służy do mierzenia czasu, wskazuje godziny i t. d. Jeżeli zaś dotyka zegarka ręką, albo przykłada go sobie do ucha, to natychmiast przypomina sobie, że ten przedmiot nazywa się zegarkiem. Według jednych autorów polega to na osłabieniu pamięci wzrokowej; zdaniem Grasheya wiele zależy od stanu ośrodka i od charakteru wrażenia zmysłowego. Jeżeli jakieś wrażenie nie trwa dość długo, albo nie jest dość silne, to nie może pobudzić innych ośrodków. Przy osłabieniu albo utracie jednej pamięci zmysłowej, n. p. wzrokowej w *o*, trudno będzie naturalnie przy jej pomocy pobudzić inne pamięci, z nią połączone, n. p. słowne *s* i *m*. Stąd pochodzi, że chory taki wcale nie, albo tylko z trudnością potrafi nazwać przedmiot zaraz po jego poznaniu. Pamięć słowną można jednak po utracie jednej pamięci zmysłowej, n. p. optycznej, obudzić przez pobudzenie innego zmysłu, również skojarzonego z pamięcią słowną. I tak, jeżeli człowiek nie jest w stanie powiedzieć, jak się nazywa kwiat róży, gdy go widzi, to może sobie jeszcze przypomnieć odpowiedni wyraz zapomocą dotyku lub zapachu róży.



Rys .I. *d*= ośrodek dotykowy, *w*= ośrodek węchowy.

Według innych autorów stan ten polega na przerwaniu drogi między ośrodkiem słownym, wzrokowym a ruchowym. Małachowski proponuje bardzo logicznie nazwać tę chorobę afazyą pozakorową wzrokową *(optische transkortikale Aphasie)*. Powstanie tego objawu łatwo sobie można wytłómaczyć, jeżeli sobie wyobrazimy, że połączenie między *o* a *s*

jest przerwane. Z tego wynika, że chory nie może wyrazić tego, co widzi. Jeżeli zaś on tego samego przedmiotu dotknie, to *s* zostaje inerwowane przez pobudzony ośrodek dotykowy drogą *d-s* (p. szemat Małachowskiego i Ziehena) (p. Rys. I.) i wtedy wyrażanie jest umożebnione. Może się jednak stać, że pobudzony ośrodek *o* inerwuje skojarzony z nim ośrodek *d* i drogą tak powstającego wyobrażenia dotykowego, którego połączenie z ośrodkiem czuciowym słownym *s* jest utrzymane, wyrażenie przedmiotu przychodzi do skutku, t. j. drogą dalszą, pośrednią *o-d-s-m*. Stąd się też tłómaczy, że chory na afazyę optyczną znajduje czasem wyraz dla przedmiotu wprawdzie bez jego dotknięcia, ale dopiero po dłuższem namyśleniu się, z powodu dłużej trwającej drogi. Zresztą takie opóźnienie wyrażenia się może także polegać na upośledzeniu sprawności pamięci wzrokowej, albo też na częściowem niezupełnem przerwaniu prostej drogi *o-s*.

Analogiczne zaburzenia stanowi bardzo rzadka zresztą afazya dotykowa (*tactile Aphasie*). Mimo utrzymania zmysłu dotyku i poznania przedmiotu chory taki nie jest w stanie znaleźć wyrazu dla przedmiotu dotkniętego, gdyż nie może przenieść wrażeń dotykowych na ośrodek słowny. Tu przerwana jest droga *d-s*, a zatem ma się do czynienia z formą właściwie afazyi pozakorowej dotykowej. Natomiast chory taki przez oglądanie przedmiotu przypomina sobie natychmiast jego nazwę i to drogą *o-s-m*.

Należy *a priori* przypuścić, że istnieje także postać analogiczna afazyi pozakorowej powonienia, w której dotknięty nią chory nie jest w stanie nazwać przedmiotu po zapachu, mimo że go poznaje, a to skutkiem przerwania połączenia *w-s*. Zdaje się jednak, że dotychczas takiej postaci nie opisano, może przez przeoczenie, a może przez pomięszanie z anosamią. (Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Drr. Ludwig Pinkus: **Atmokausis und Zestokausis.** (*Verlag von J. F. Bergman, Wiesbaden.* Str. VIII—410).

Crescunt disciplinae lente tardeque
per varios errores sero pervenitur ad veritatem.

Obszerna ta praca budzi z wielu względów prawdziwe zainteresowanie: z jednej strony bowiem zapoznaje nas aż do najdrobniejszych szczegółów z techniką i zastosowaniem gorącej pary (*atmocausis*) i gorącego powietrza (*zestocausis*) w praktyce ginekologicznej, a nadto wykazuje, że nie trzeba być koniecznie kierownikiem kliniki lub oddziału szpitalnego, aby przysłużyć się nauce i dobru ludzkości, ale że i lekarz praktyczny, miłujący swój zawód i mający na oku w pierwszym rzędzie zdrowie chorych, oddających się pod jego opiekę, może na to znaleźć dosyć czasu i sposobności. Naturalnie, trzeba do tego sporej dozy cierpliwości, żelaznej woli, wytrwałości, a przedewszystkiem zaufania do siebie samego. *In certis fortiter!* Już z wstępu widzimy (1—12) jak silnie uzbrojony był autor, który przez lata całe walczyć musiał z wieloma napaściami i przeciwnościami, aż wreszcie zwyciężył i zdobył dla swej metody prawo obywatelstwa w całym świecie lekarskim. Z części historyczno-krytycznej (12—125) dowiadujemy się szczegółowo o kolejach, jakie metoda ta przechodziła od samych początków aż do jej zupełnego udoskonalenia. Część ta większe ma znaczenie dla historyka medycyny i nie nadaje się do ścisłego streszczenia w ramach krótkiego sprawozdania. Autor przyznaje się otwarcie, że pomysł leczenia krwotoków macicznych gorącą parą należy do Snegirewa (Moskwa, 1866). Pinkus zaś tę genialną myśl na nowo podjął, rozwinął i zastosował w praktyce. Leczenie gorącem powietrzem jest pomysłem autora. Sam przyrząd jest dosyć prosto pomyślany; w każdym razie koniecznym warunkiem zastosowania go jest dokładna znajomość tak przyrządu głównego, jak i jego części składowych; niemniej ważna sama technika zastosowania (126—167). Bardzo zajmujące są doświadczenia, robione w celu przekonania się, czy stopień ciepłoty pary w macicy odpowiada ciepłocie w kotle; pokazało się, że różnica jest mała (7°—9°). Dalsze doświadczenia dotyczyły wypróbowania wytrzymałości samego kotła, co było ważne ze względu na bezpieczeństwo lekarza i chorej. Kocioł sam jest tak silny, że wytrzymuje ciśnienie trzech atmosfer, co odpowiada ciepłocie + 130° i wyżej. W celu naukowego uzupełnienia tej nowej metody przedsięwzięto również dokładne badania anatomiczno-histologiczne (167—190). Miały one zarazem ten cel praktyczny, iż przekonano się, że zastosowanie gorącej pary lub powietrza można znakomicie dawkować; zależnie od dłuższego lub krótszego czasu działania i od stopnia ciepłoty pary występowały zmiany powierzchowne lub głębokie; zależnie zaś od kształtu jamy macicy i kurczliwości jej ścian, zmiany były jednostajne, lub niejednostajne. Wyraźne ryciny najlepiej zmiany te przedstawiają. Część szczegółowa pracy omawia stronę kliniczną tej metody (190—359) Znajdujemy tu dokładne i jasne odpowiedzi na wszelkie choćby najdrobniejsze pytania, dotyczące tego przedmiotu, omawianie spraw dotąd zupełnie nieporuszanych i mnóstwo uwag praktycznych, które tem większe mają znaczenie, że je podaje nie klinicysta, lecz lekarz praktykujący. Koniecznymi warunkami zastosowania gorącej pary są: wykluczenie złośliwego nowotworu, odpowiednie rozszerzenie kanału szyjki, staranne oczyszczenie jamy macicy (wodą utlenioną), świadomość długości jamy macicy i szyjki, wolne od zmian chorobowych przydatki. Uśpienia należy o ile możności unikać. Leczenie ambulatoryjne jest możliwe i dozwolone, ale niezawsze korzystne. Obecność asystentów dla biegłego i obznajomionego z techniką nie jest konieczną; dla początkujących niezbędną. Zasadą przy działaniu powinno być możliwie wysoka ciepłota pary (*maximum* 115°) i możliwie krótki czas działania (5″—40″); tylko w celu uzyskania zarośnięcia (obliteracyi) jamy macicy działa się dłużej Stosunek tej metody do skrobanki zreferowałem na innem miejscu (Przegl. lek." Nr. 5, 1903). Wskazania do zastosowania gorącej pary są bezwzględne i względne. Do bezwzględnych należą: 1) wszystkie krwotoki maciczne, o ile nie dały się usunąć innymi sposobami używanemi; dalej: krwotoki w okresie przejściowym (*climax*), wszystkie przypadki krwawiączki (*haemophilia*), pewne postacie krwotoków przy mięśniakach macicy; przy raku macicy, nie nadającym się do operowania; w przypadkach t. zw. *endometritis haemorrhagica* i *hyperplastica;* przy krwotokach atonicznych po poronieniach, lub w późnym okresie połogowym. 2) W celu wywołania zarośnięcia (obliteracyi) jamy macicy u kobiet, dotkniętych chorobami nieuleczalnemi (*castratio mulieris uterina atmocaustica*). Do względnych wskazań należą: źle zwinięte macice po porodach; jako sposób uzupełniający po skrobankach; przy *fluor postclimactericus;* wreszcie przy pewnych postaciach *endometritis tuberculosa, gonorrhoica, saprica* i *puerperalis septica incipiens.* Działanie gorącem powietrzem (*zestocausis*) jest wskazane: w celu przypalenia ograniczonego miejsca na błonie śluzowej macicy (odejście trąbek), w *endometritis dysmenorrhoica,* w nieżytach szyjki, połączonych z owrzodzeniami, przy przetokach. Każdy z tych wielu punktów jest omawiany osobno i poparty przekonywającymi i zajmującymi przykładami z własnej praktyki autora i wziętymi z piśmiennictwa. Koniecznym warunkiem udania się zabiegu jest próżna jama macicy; dlatego należy ją zbadać palcem przed każdorazowem wykonaniem zabiegu, szczególnie w krwotokach połogowych, lub po poronieniu. Mówiąc o pewnych tylko przypadkach przy *endometritis tuberculosa,* ma autor na myśli tylko takie, gdzie całkowite wyjęcie macicy jest z innych (ogólnych) względów przeciw-

wskazane, lub jeżeli chora na nią nie zezwala: wówczas przypalenie gorącą parą aż do wywołania zupełnego zarośnięcia jamy macicy — wchodzi w swe prawa. Również należy się wystrzegać wykonania tego zabiegu przy mięśniakach podśluzowych, chyba że zachodzi *indicatio vitalis*. Bardzo zajmujące i nowe są poglądy autora na zastosowanie tego zabiegu w sprawach połogowych. W końcu omawia autor zastosowanie gorącej pary i gorącego powietrza w chirurgii i rynologii (360—380). Mamy tu więc do czynienia z metodą leczniczą o bardzo szerokiem zastosowaniu, z metodą nadzwyczajnej wagi, bo skierowaną przedewszystkiem i głównie przeciw krwotokom, — a krew to życie. Praca sama napisaną jest jasno, może nieco rozwlekle, z częstem powtarzaniem tych samych myśli i zdań; przeczytawszy jednak te liczne historye chorób, z których widzimy, ilu to już kobietom tylko ta metoda lecznicza uratowała życie, zapomina się zbyt łatwo o tych drobnych usterkach i kończy się czytanie pracy z prawdziwem zadowoleniem i życzeniem, aby książka ta jak najszybciej dostała się w ręce nietylko ginekologów, ale ogółu lekarzy, a temsamem i metoda autora zyskała w krótkim czasie szerokie zastosowanie.

Dr. E. Ehrenpreis.

VI. Wyciągi.

Ehret (Strassburg). **Przyczynek do nauki o rokowaniu w zanikowej marskości wątroby.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 8, 1903). Autor stoi na stanowisku, że ogłoszone w piśmiennictwie przypadki wyleczenia, — przynajmniej w pojęciu klinicznem, — zanikowej marskości wątroby, wogóle wytrzymać nie mogą ostrej krytyki; dlatego też, jeśli cały przebieg rzekomo uleczonego przypadku ma być zupełnie bez zarzutu, winien odpowiadać następującym wymaganiom: *a)* ma przedstawiać zupełnie rozwinięty obraz chorobowy pod względem klinicznym; *b)* stwierdzone ustąpienie wszystkich objawów chorobowych conajmniej w ciągu 20 lat, aż do śmierci, będącej skutkiem innych przyczyn, bez objawów ze strony wątroby i *d)* potwierdzenie rozpoznania badaniem pośmiertnem. Taki właśnie przypadek, odpowiadający wszystkim poprzednio wyliczonym wymaganiom, spostrzegał autor. Sekcya istotnie stwierdziła zanikową marskość wątroby; powtóre, były objawy chorobowe z początku wybitne i gwałtowne tak, że żadną miarą nie można było uważać tego przypadku za t. zw. utajony; — dalej, że objawy zupełnie przycichły, a chory cieszył się zupełnem zdrowiem przez 30 lat, t. j. aż do śmierci; wreszcie, że zgon nastąpił skutkiem przypadkowego raka przełyku, a nie skutkiem choroby wątroby, którą, pomimo jej istnienia pod względem anatomicznym, należy uważać za uleczoną pod względem klinicznym. Przypadek wykazuje dość jaskrawo, że objawy, wywołane zanikową marskością wątroby, mogą w zupełności ustąpić i że w takich razach można słusznie mówić o wyleczeniu bodaj w znaczeniu klinicznem. Należy się tylko zastanowić, jak można takie wyleczenie kliniczne pogodzić z istniejącemi jeszcze zmianami anatomicznemi i w jaki sposób można tę okoliczność naukowo wytłomaczyć? Otóż wyższego stopnia wątroba zanikowa, której miąższ nie wystarcza więcej do dalszego funkcyonowania wśród prawidłowych zresztą zewnętrznych warunków, może podjąć na nowo swoją czynność, jeśli wytworzą się nowe komórki i w ten sposób zrównoważą utraconą tkankę wątrobową — oczywiście, jeśli tylko poprzednie działanie niszczące choroby nie postępowało zanadto szybko. Jeżeli dalej przyczyna choroby zostaje usunięta, a co za tem idzie, że sama sprawa zanikowa ustaje, wówczas odrodzenie komórek bierze przewagę tak długo, aż wytworzy się odpowiednia ilość tkanki zdrowej i zdolnej do spełnienia swoich czynności. Pierwsza możliwość odpowiada tym przewlekłym przypadkom chorobowym, trwającym długie lata; w drugiej ma miejsce wyżej opisane wyleczenie, przyczem zauważyć należy, że tworzenie się świeżej tkanki wątrobowej nie jest nieodzownym warunkiem wyleczenia marskości, jeśli tylko proces niszczenia (zanikowy) ustał wpierw, zanim zdołał ogarnąć większą część komórek, potrzebnych do utrzymania czynności życiowych.

Leczenie marskości wątroby miałoby więc na celu jak najbardziej zwolnić przebieg całej sprawy chorobowej, z drugiej zaś strony zwalczać objawy zastoinowe w zakresie żyły brannej. Ku temu służy w pierwszym rzędzie spełnienie wskazania przyczynowego, które w tych przypadkach w zupełności da się przeprowadzić, a więc zupełne wstrzymanie się od użycia napojów wyskokowych. Częściowe bowiem nie jest wystarczającem, ponieważ, jak Huchard wykazał, już małe ilości alkoholu są dostateczne do podtrzymywania sprawy chorobowej, powtóre, ograniczone tylko używanie alkoholu jest dla chorego więcej przykre, aniżeli stanowcze zupełne wstrzymanie się. Obok tego znajdują zastosowanie małe dawki naparstnicy, jodku potasowego, wreszcie kalomelu, bardzo zalecanego przez Francuzów, nadto wody mineralne (Karlsbad, Maryenbad, Vichy itd.) i ostatecznie nieznaczne upusty krwi w okolicy wątroby, lub kiszki stolcowej. Puchlinę brzuszną zwalcza autor nakluciem, w rzadkich tylko przypadkach środkami moczopędnymi.

Dr. H. Pisek (Podgórze-Kraków).

Kerlé. **Przypadek z praktyki położniczej.** (*Münchener med. Wochs.* 1903, Nr. 9). U wieloródki stwierdzono ciążę bliźniaczą, w końcu 6-go miesiąca poród. Przy poprzednim porodzie wykonano ręczne wydobycie łożyska. Obecnie krwotok powstał wskutek zatrzymania poplodu, ze sromu wisi jedna pępowina, druga oderwana przez położnę. Wydobyto łożysko z dziwnie ciasnego wnętrza macicy; nastąpił gwałtowny krwotok. Poraz drugi wprowadzono rękę i napotkano w domniemanem dnie otwór, przepuszczający palec, a wyżej drugą część jamy macicy i prawdziwe dno, do którego przyrosło drugie łożysko. Jama macicy miała zatem postać klepsydry, w jej rozszerzeniach leżały oddzielnie dwa łożyska.

Dr. Grzybowski (Kraków).

Pochon. **Przyczynek do wpływu szczepienia ospy na krztusiec.** (*Revue mens. des mal. de l'enfance* 1903, marzec). Pomimo różnorodności i znacznej liczby środków, rzekomo swoistych, zalecanych przeciw krztuścowi, lekarz jest dotąd wobec tej choroby prawie bezsilny. Próby z surowicą przeciwkrztuścową, sporządzoną przez belgijskiego lekarza Leauriaux, wykazały jej bezwartościowość. W przebiegu epidemij krztuśca, panujących nieraz równocześnie z nagminnem pojawianiem się błonicy, uczyniono kilka spostrzeżeń, że zastrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej miało wywierać łagodzący lub nawet wprost leczniczy wpływ na przebieg krztuśca. Doświadczenia wykonane w tym kierunku na większą skalę przez Tollemera i Josiasa dały jednak wyniki zupełnie ujemne. Z kolei pojawiły się doniesienia lekarzy włoskich, zalecające szczepienie dzieci cierpiących na krztusiec krowianką Jennera. Szczepienie to miało łagodzić napady i skracać przebieg choroby. Lekarz konstantynopolitański Violi zaszczepił 78 dzieci, używając krowianki, przyrządzonej zupełnie aseptycznie. W 74 przypadkach otrzymać miał złagodzenie i zmniejszenie częstości napadów już po 8—10 godzinach. Dietrich, lekarz w Algierze, zaszczepił krowianką 12 dzieci w pełnym rozwoju krztuśca. Równocześnie zaszczepił 29 dzieci zdrowych. Po upływie 21 dni z dzieci chorych troje było zupełnie wyleczonych, siedmioro okazywało polepszenie. Z dzieci zdrowych, zaszczepionych, tylko troje uległo krztuścowi. Tak więc zdaniem Dietricha działanie szczepienia byłoby nietylko lecznicze, ale i ochronne. Autor przytacza przypadek dziecka 5-miesięcznego, żywionego wadliwie, wątłego i wychudzonego, nawiedzonego w tym okresie życia ciężkim krztuścem. Wszystkie środki lecznicze były bezsilne; dziecko doszło do bardzo znacznego stopnia wyniszczenia i osłabienia tak, że musiano uciec się do wstrzykiwania środków podniecających. Autor zastosował wreszcie szczepienie (dziecko nie było szczepione poprzednio). Po kilku dniach można było stwierdzić wybitne polepszenie. Napady stały się rzadsze i lżejsze, dziecko poczęło przyjmować pożywienie i stopniowo przyszło zupełnie do zdrowia. Autor wyciąga z tych doświadczeń wniosek, że u dziecka nieszczepionego należy w przypadku krztuśca natychmiast wykonać szczepienie, a nawet próbować tego środka u dzieci już przedtem szczepionych.

Dr. T. Żeleński.

Dr. Říha. **Przyczynek do leczenia kolki wątrobowej, nerkowej i miesiączkowej.** (*Časopis lékařů českých*, 1903, Nr. 11). Říha przytacza dwa przypadki tak zwanej kolki wątrobowej, nadto po jednym przypadku kolki nerkowej i miesiączkowej (*dysmenorrhoea*), w których stosował Luhaczowicką wodę ze źródła „Wincentka“ i osiągnął wyniki doskonałe. We wszystkich znikały bóle bądź natychmiast, bądź stopniowo, a w przypadku kolki nerkowej istniejący poprzednio piasek moczowy nie został więcej stwierdzony.

Říha poleca tę wodę na zimno do picia w godzinach przedpołudniowych między $^{1}/_{2}$10—$^{1}/_{2}$—11. Podaje się choremu dziennie przeciętnie $^{1}/_{2}$—$^{3}/_{4}$ litra wody ze źródła „Wincentka“, do czego przepisuje się nadto jedną bułkę. Autor nie podaje, czy chory ma przytem jaką odpowiednią dyetę zachowywać. *Chlumský* (Kraków).

Graf. **Przyczynek do leczenia wąglika zewnętrznego.** (*Wiener klin. Rundschau* 1903, Nr. 10). Autor, lekarz praktyczny na prowincyi, mający dużo sposobności stykania się z wąglikiem, miał w leczeniu od roku 1856 75 przypadków, z których 13 było ciężkich, gdzie obrzęk nie ustąpił skutkiem leczenia po 24 godzinach, jednakże z tych trzynastu tylko trzy zakończyło się

śmiercią; w pozostałych 62 przypadkach wynik leczenia zaznaczył się już po 24 godzinach ustąpieniem obrzęku i zamienieniem się złośliwego pryszcza w nieszkodliwy strup. W każdym więc przypadku radzi autor na mocy swego doświadczenia stosować leczenie czynne, mianowicie zniszczenie pryszcza, przez co zapobiega się wystąpieniu ogólnego schorzenia. Najprostszym i najskuteczniejszym sposobem miejscowego leczenia jest przyżeganie laseczką potasu, przyczem czasem trzeba wyciąć przed przyżeganiem części tkanki obumarłej, jednakże wycięcie to nigdy nie powinno mieć miejsca w tkance żywej. *B. Żmigród.*

N. Hallé i B. Motz (Paryż). **O gruźlicy cewki przedniej.** (*Medycyna* 1903, Nr. 2, 3, 4). Gruźlica cewki przedniej powszechnie jest uważaną za cierpienie nader rzadkie, jeżeli nie wyjątkowe i nie mające znaczenia klinicznego. Na podstawie 12-letniego materyału z kliniki chorób moczowych w szpitalu Neckera autorowie twierdzą, że wśród osobników, dotkniętych rozległemi i głębokiemi zmianami dróg moczowych natury gruźliczej, spotykamy dotkniętego gruźlicą cewki przedniej prawie jednego na dwunastu. Większa częstość tej choroby u mężczyzn, niż u kobiet, wskazuje na wpływ przyczynowy porażeń cewki tylnej, gruczołu krokowego i narządów rodnych na zakażenie gruźlicze cewki przedniej. Wśród objawów tego cierpienia bardzo często spostrzegany bywa ból, szczególnie wyraźny podczas oddawania moczu, trwający przez cały czas wypływu wzdłuż całej cewki i pozostający dość długo potem, jako uczucie dotkliwego palenia; w tym okresie choroby, kiedy cewka przednia jest siedliskiem owrzodzeń gruźliczych, kiedy przewód i dołek łódkowaty przeważnie są zajęte, często zauważono wypływ ropny, lub do ropy podobny, zazwyczaj niezbyt obfity, niepodobny do zwykłego wypływu rzeżączkowego i nie zawierający dwoinek rzeżączkowych. Dalsze objawy powodowane są zwężeniem cewki; tu należy utrudnione oddawanie moczu, strumień słaby i cienki; pamiętać jednak należy, że zwężenia mogą być następstwem sprawy rzeżączkowej, do której dopiero może się przyłączyć zakażenie gruźlicze i obostrzyć sprawę niedrożności cewki, przyczem głównymi czynnikami zwężenia są zmiany okołocewkowe. Obmacywanie cewki daje często cenne wskazówki rozpoznawcze, gdyż zgrubienia, ogniska stwardnienia, pojedyncze lub rozsiane, mniejsze i większe, dadzą się wyczuć w różnych punktach cewki, przeważnie na powierzchni dolnej; ogniska te dowodzą zajęcia ciał jamistych, gruczołów i tkanki okołocewkowej i często towarzyszą zajęciu błony śluzowej. Cechy rozpoznawcze, dostarczane przez cewnikowanie, są niestałe i często zwodnicze. Badanie endoskopem, jak dotąd, nie daje oznak pewnych dla rozpoznania gruźlicy cewki przedniej. Omawiane cierpienie ma znaczenie nietylko dla anatomii patologicznej, gdyż, jak dowodzą przytoczone przez autorów przypadki, może się samoistnie wyleczyć, pozostawiając po sobie zbliznowacenie cewki, a co zatem idzie, jej zwężenie, albo też może stanowić wskazanie dla zabiegu chirurgicznego, często sprowadzającego wyzdrowienie (przecięcie ropni, nacięcie i wyskrobanie nacieków, usunięcie gruczołu Cowpera, cięcie cewkowe, obcięcie częściowe, lub doszczętne prącia). Wobec tego, że gruźlicy cewki przedniej z reguły towarzyszą rozległe zmiany w innych narządach moczowych lub płciowych i że noszą one niewątpliwie cechy dawniejsze, należy uważać omawianą sprawę jako wtórną, przyczem zarazki mogą dostawać się drogą moczu, lub drogą krwi z narządów sąsiednich. *Z. Czaplicki.*

Wł. Zenczykowski (Warszawa). **Przyczynek do zaburzeń mowy w porażeniu dziecięcem pochodzenia mózgowego.** (*Kronika Lekarska* Nr. 4, 1903). Autor opisuje przypadek tyczący się 9-letniego chłopca, u którego na zasadzie zebranych wywiadów, oraz wyników badania przedmiotowego, rozpoznano porażenie mózgowe pod postacią spastycznego porażenia obustronnego, oraz towarzyszącą afazyę ruchową i niedorozwój psychiczny. Słuch był zachowany: rozumienie mowy bardzo ograniczone, zupełny brak mowy samodzielnej. Jako czynnik przyczynowy należy przyjąć obciążenie dziedziczne, ciężki zaś poród (poród bliźniaczy), jako bodziec wywołujący. Na podstawie tego, że mimo podniesienia się sfery umysłowej, afazya nadal uporczywie się utrzymywała i potrzeba było wyrabiać zupełnie nowe, nieistniejące ruchy dla wytworzenia każdego pojedynczego dźwięku, sądzi autor, że afazya w tym przypadku zależała prawdopodobnie nietylko od niedorozwoju psychicznego, lecz i od stałych zmian anatomicznych w ośrodkach mowy, które to zmiany spowodowały zupełny brak pamięci słownych, ruchowej i słuchowej. Przypadek ten dowodzi jeszcze, że jeśli afazya ruchowa uwarunkowana jest prócz niedorozwoju jeszcze stałemi zmianami anatomicznemi w ośrodkach mowy, to leczenie tego rodzaju afazyi połączone jest z wielkiemi trudnościami, a temsamem uzasadnia pogląd, że na pomoc sił naturalnych niewiele w tym względzie liczyć możemy, gdyż afazya tego rodzaju nieleczona, pomimo nawet podniesienia się sfery psychicznej, pozostaje nadal do okresu przedszkolnego, a nawet i później, pozbawiając dzieci jednego z najważniejszych czynników kształcenia umysłu. *Spira.*

And. Monori (Budapeszt). **O pastylkach jodowo-żelezistych wyrobu Jahra.** (*Ungar. med. Presse* Nr. 33, 1902). Autor, asystent kliniczny, podawał pastylki Jahra w licznych przypadkach krzywicy, zołzów i twierdzi, że nawet bardzo małe dzieci zażywały je chętnie. Zawsze mógł M. stwierdzić uderzającą poprawę łaknienia i cery, oddawanie stolca stawało się prawidłowem, gruczoły chłonne ulegały zmniejszeniu, niektóre znikały zupełnie. M. ma postanowienie na przyszłość polecać te pastylki w każdym przypadku krzywicy, zołzów, blednicy, nieżytu oskrzelowego, w stanach osłabienia po tak ciężkich chorobach, jak kiła i gruźlica. Zwłaszcza u chorych, których środki pozwalają na stosowanie dobrej dyety, pobytu w świeżem powietrzu i kąpieli słonych, jak to wszystko znaleźć można na wybrzeżach morskich — należy te pastylki stale polecać, albowiem wtedy można ich działanie nazwać wprost znakomitem. *Dr. Baschkopf.*

Rubčeska. **O używaniu balonów w położnictwie.** (*Wiener med. Presse* Nr. 1, 3, 4, 5, 7, 8, 1903). W roku 1851 wprowadził Braun balon do położnictwa, który w pewnych przypadkach zakładał do pochwy. Barnes zrobił baloniki mniejsze w trzech wielkościach, które zapomocą zgłębnika można było wprowadzić do szyjki macicznej. Po Barnesie Fehling, Tarnier i inni modyfikowali tylko baloniki wprowadzone do szyi, były to jednak wszystko balony mniej lub więcej elastyczne. Dopiero w roku 1888 Champetier, a za nim Müller, wprowadzili balony nieelastyczne, w dnie najszersze, ku końcowi coraz to węższe, przechodzące w rurkę z korkiem. Wskazanie do używania balonów, według autora, jest bardzo rozległe. Używa ich dla wywołania poronienia dlatego, że jest to sposób w skutkach pewny, a mniej niebezpieczny, niż wstrzykiwanie nastoju jodowego, zakładanie świeczek, wstrzykiwanie gliceryny, a nawet przebicie błon. Przy zamkniętem ujściu zakłada blaszkownicę (laminaria); kiedy szyjka rozszerzy się tak, że jest drożna dla palca, zakłada balon elastyczny; gdy zaś szyjka jest drożna dla dwóch palców — balon nieelastyczny. Jeżeli mimo założenia balonu bóle nie występują, balon obciąża 1—3 klgr. Podobnie, jak dla wywołania poronienia, używa balonów i dla sprowadzenia porodu przedwczesnego. Poród przedwczesny wywołuje często, wszędzie tam, gdzie jest miednica ścieśniona, gdzieby było wskazanie względne do cięcia cesarskiego, wychodząc z tego założenia, że chociażby nawet po porodzie przedwczesnym śmiertelność dzieci wynosiła 40%, to i tak więcej utrzyma się dzieci przy życiu, aniżeli po cięciu cesarskiem, bo poród przedwczesny można u tejsamej osoby wywoływać 5 i 6 razy, gdy tymczasem cięcie cesarskie najwyżej 2 lub 3 razy. Zamiast robić cięcie cesarskie ze wskazania względnego, lepiej jest zrobić wymóżdżenie, aby przy następnej ciąży sprowadzić poród przedwczesny.

Dalej używa R. balonów do sprowadzenia bólów porodowych, zwłaszcza po ich ustaniu po odpłynięciu wód płodowych. Taksamo dla rozszerzenia ujścia, jeżeli jest wskazanie szybkiego ukończenia porodu z powodu niebezpieczeństwa dla płodu, lub dla matki, np. przy krwotokach, lub drgawkach. Przy łożysku przodującem działa balon szczególnie dobrze dlatego, że rozszerza ujście i równocześnie uciskając płat łożyska, tamuje krwotok. W końcu używa jeszcze balonów w celu uchronienia pęcherza płodowego od przedwczesnego pęknięcia, podpierając pęcherz płodowy balonem, założonym do pochwy i do rozszerzania zwężeń pochwy. Każde z poszczególnych wskazań używania balonu popiera autor szeregiem przytoczonych historyj. *P.*

Wiszniewski. **Przebieg ospy przy zażywaniu ksylolu.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 6). W. podawał w 6-ciu przypadkach ospy w okresie wysypywania ksylol w dawce 15 kropel od 4 do 6 razy dziennie, zwykle w winie czerwonem. U żadnego z tych chorych W. nie spostrzegał ropienia; pęcherzyki usychały wprost, tworząc cienką powierzchowną skorupę; jeśli zaś lek był zastosowany już w okresie grudkowym osutki, to grudki nie przechodziły w pęcherzyki i przebieg choroby był bezgorączkowy, lub z gorączką nieprawidłową, która trwała nie dłużej nad 4 dni stosowania ksylolu; u żadnego z chorych, leczonych ksylolem, nie przyszło do utworzenia blizn, chociaż W. nie przedsiębrał żadnych środków zapobiegawczych. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Dr. Eigenbrodt. **Tężec po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. 5, 1902). W 6 dni po wstrzyknięciu podskórnem żelatyny z powodu krwotoku z nosa (po operacyi *cristae septi*) wybuchł u 19-letniej dziewczyny gwałtowny tężec, który po 19 godzinach mimo podania surowicy zakończył się śmiertelnie. W epikrynie udowadnia E., że zakażenie tężcem nastąpiło przez użytą, niedostate-

cznie wyjałowioną żelatynę. (W przypisku podaje Naunyn, że Merck w Darmstadzie przegotowuje żelatynę specyalnie do podskórnych wstrzykiwań). *Herman.*

Dr. M. Silbermark. **W sprawie techniki chirurgicznej.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 52). Czem mniej rąk w czasie operacyi dotyka się rany, tem aseptyka pewniejsza. Liczbę rąk ograniczyć się stara S., podając 1) łopatkę w kształcie listka mirtu, którą podsuwa pod powłoki brzuszne, szyjąc ranę laparotomijną; 2) małe nożyczki, odpowiednio wygięte i zaopatrzone w pierścień, które, trzymane w ręce, nie przeszkadzają równocześnie zakładaniu szwów, lub podwiązek. *Herman.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 6. maja 1903 r.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 30.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany — przyjęto.

II. Na przedstawienie kol. Przewodniczącego wybrano jednogłośnie na członka czynnego Towarzystwa Dr. Jana Frączkiewicza

III. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że w Wiedniu powstał związek dwóch Towarzystw, a to Stowarzyszenia lekarzy rakuskich i Towarzystwa, mającego na celu wspieranie wdów i sierót po lekarzach. Związek ten wezwał wszystkie stowarzyszenia lekarskie w całej Austryi, by one wszystkich swych członków do związku zapisywały. W tej sprawie odbył się we Lwowie dnia 4. maja b. r. Zjazd delegatów wszystkich stowarzyszeń lekarskich galicyjskich. Towarzystwo lekarskie krak. na Zjeździe tym reprezentowali: kol. Prof. Raczyński i kol. Prof. Rosner. O uchwałach Zjazdu powiadomi kol. Przewodniczący członków Towarzystwa, skoro otrzyma protokół dokładny Zjazdu.

IV. Kol. Bochenek wygłosił zapowiedziany odczyt: »Jak rozwinęło się uzębienie ludzkie«. (Rzecz przeznaczona do druku),

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 22 marca b. r.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Reiss przedstawia pacyenta z niezwykłą formą wysypki. Choroba trwa od 4. miesięcy, zaczęła się plamką na boku klatki piersiowej po stronie lewej; w zakresie tej plamki wystąpiło swędzenie, poczem wysypka, która rozszerzyła się po tułowiu i kończynach, zwłaszcza po ich stronie wyprostnej, przyjmując postać większych lub mniejszych plamek, kół i t. d. Zmiany te, wystające nieznacznie nad powierzchnię skóry, rozpoczynają się, jak bliższe spostrzeganie wykazuje, zawsze plamką, która zanikając w środku, szerzy się na obwodzie. Swędzenie spowodowało chorego do zasięgnięcia porady lekarskiej w Paryżu, gdzie chory wówczas bawił i tu zastosowano kąpiele skrobiowe. Rozpoznanie nie należy do łatwych. Sprawa przypomina w niektórych miejscach *lues papulosa circinata,* brak jednak wszelkiego nacieku, jakoteż i barwa pozwalają kiłę wykluczyć. Podobnie przedstawia się również i *lichen planus circinatus;* brak jednak wszelkich odosobnionych guzków połyskujących na obwodzie, jak również brak wszelkich plam barwikowych następowych, zresztą i samo umiejscowienie nie pozwalają na to rozpoznanie. Właściwe rozpoznanie jest: *seborrhoea orbicularis (circinata)* w dość rzadkiej formie, za czem przemawia strup łojotokowy na głowie chorego i inne objawy t. zw. *status seborrhoicus.*

Dla porównania przedstawia kol. Reiss znanego już chłopczyka z temsamem cierpieniem.

W dyskusyi zabierał głos Kol. Borzęcki.

Dalej przedstawia kol. Reiss chorego ze *scleroma nasi, faucium et pallati mollis.* Obraz wziernikowy wykazuje zatkanie nosa, rozpad podniebienia miękkiego, brak języczka i owrzodzenia na migdałkach; struny głosowe są jednak wolne. Charakterystyczne dla tego cierpienia dwoinki Frischa udało się kol. Krzyształowiczowi znaleźć we krwi wziętej ze szczytu guza (preparat znajduje się pod mikroskopem).

W dyskusyi kol. Borzęcki zwraca uwagę, że dotąd nikomu nie udało się wykazać dwoinek we krwi cierpiących na *rhinoscleroma.* Wykazanie prątków we krwi było w tym przypadku o tyle łatwiejsze, o ile krew do badania braną była z guza na nosie. Powątpiewa, czy wynik byłby dodatni, gdyby krew do badania pochodziła z miejsc odległych: np. z palca.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss chorą z *periphlebitis gummosa nodularis* na podudziu prawem. Guzy wybitnie zaznaczone, ułożone wzdłuż brzegu kości goleniowej, skóra nad nimi przesuwalna; przy ucisku dośrodkowej części pnia żylnego występują guzy wyraźniej. Na kończynie tej wprawdzie żylaków wykazać nie można, ale występują one bardzo wybitnie na kończynie drugiej. Chora przebyła kiłę przed kilkunastu laty, a obecnie skutkiem swego zajęcia stać musi po kilkanaście godzin na dobę. Stąd żylaki, a na jednym z nich wystąpiły obecnie zmiany kiły później. Chorej podano duże dawki jodu, zewnętrznie zaś na podudzie okłady kwaśne, przyczem kończynę ułożono wysoko, co w bardzo stosunkowo krótkim czasie przyniosło chorej znaczną ulgę. Sprawa ta, jak wogóle sprawy kiłowe w zakresie naczyń żylnych, należy do procesów chorobowych nader rzadkich.

Kol. Borzęcki przedstawia chorego z *lues gummosa nasi.* Chory nic nie wspomina o przebyciu kiły, rozpad jednak całego nosa, charakterystyczne blizny i zrost podniebienia z tylną ścianą gardzieli nie pozwalają wątpić o charakterze choroby.

Dalej przedstawia kol. Borzęcki chorego z *lues gummosa linguae.* Chory przed 10 laty przebył kiłę, był leczony mało. Nawroty zawsze usadawiały się na języku i zmiana obecna należy do późnych zmian kiły *(glossitis gummosa).*

Wreszcie przedstawia kol. Borzęcki chorą z *lupus vulgaris,* który zajmuje całą twarz i znaczną część głowy. Na policzku prawym w okolicy ucha nabłoniak grzybowato rozwinięty, wielkości dłoni dziecka. Chora dotąd nie była leczona.

Kol. Reiss przedstawia chorego z *alopecia areata capillitii.* Centrum zupełnie łyse, okolone wałem włosów, za tem znów szeroki pas łysiny. Włosy utrzymane tkwią zresztę wszędzie silnie, nigdzie nie można wykazać ułamanych, lub luźnie tkwiących; mamy więc do czynienia z postacią, zwaną *pelade.* Sprawa trwa od sześciu miesięcy.

W końcu przedstawia kol. Reiss chorego z bliznowatym naciekiem na brodzie po stronie lewej, który ze względu na silnie powiększone i twarde gruczoły podszczękowe tejże strony i na ogólne zmiany kiły świeżej na skórze i na błonach śluzowych, a wreszcie, że mimo najskrupulatniejszego poszukiwania sklerozy nigdzie wykazać nie było można, musimy uważać za zabliźniony wrzód twardy.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna,* sekretarz.

VIII. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Nauki lekarskie w nowozałożonym Uniwersytecie krakowskim.

Jakkolwiekbądź wątpliwości nie ulega, że nauki lekarskie w ogólności z początku albo wcale żadnego, albo bardzo szczupłego tylko doznały uwzględnienia, a skutkiem lichego uposażenia katedr aż do reformy Akademii, dokonanej przez Kołłątaja w r. 1780, dla dotkliwego upośledzenia swojego z trudnością tylko się rozwijać, a wcale zakwitnąć nie mogły.

Jakoż mimo słów, zawartych w przywileju erekcyjnym Kazimierza Wielkiego: *„Preterea scolas debitas exnunc ordinavimus (sic) pro legendo iure canonico vel civili, medicinis vel artibus liberalibus, hospitiaque competentia deputamus pro doctoribus, magistris, scolaribus, scriptoribus stacionariis et bedellis etc.“* szkoła główna w pierwszym zawiązku miała tylko dwa wydziały: prawniczy i filozoficzny: do tych przybył w r. 1397 teologiczny, na którego stworzenie pozwolił papież Bonifacy IX bullą z dnia 11 stycznia tegoż roku; lekarski zaś powstał dopiero po r. 1422. Mimo słów albowiem przywileju erekcyjnego Kazimierza Wielkiego: *„Duobus vero magistris legentibus physicam ordinamus sallarium XX marcarum cuilibet annuatim“* jeszcze w r. 1422

nie było wydziału lek. w Szkole gł. krak., jak na to przytacza dowód Muczkowski (Założenie Uniw. str. 2., przypiski) z postanowienia Alberta Jastrzębca, biskupa krak. uniwersytetu. kanclerza w tymże roku z polecenia papieża Marcina I., wydanego, gdzie czytamy: „*Propter multas deordinationes evitandas et ad obviandam, ne quomodolibet per inordinatum regimen Universitas dividatur, ex officio nostro tamquam Ordinarius et Cancellarius studii statuimus et ordinamus: quod rector Universitatis, qui protempore fuerit cum tribus decanis Facultatum; Theologiae, Juris Canonici et Artium habeant regimen et ordinationem omnimodam Universitatis*“. Jest tu więc wzmianka tylko o 3 wydziałach: teologicznym, prawniczym i sztuk. Jeżeli w ustawie wydziału lek. Uniw. krak. z r. 1433, ogłoszonej w T. I. „Roczników“ tegoż wydziału z r. 1838 str. 55 wyrazy: „*inter vetera statuta medicinae facultatis*“ zdawałyby się dowodzić, że już wówczas wydział lek. posiadał jakieś dawne ustawy, to podobno zgodzić się będzie trzeba i tu z Muczkowskim, że tu mylnie czytano vetera, zamiast jak to z toku rzeczy raczej wypada cetera, co się też z starożytnego odpisu w bibliotece uniwersyteckiej zachowanego okazuje. Ale i po zaprowadzeniu wydziału lekarskiego tenże stanowił tylko część uniwersytetu, która ponad wątły swój zawiązek wyróść nie mogła i długo pozostała tylko ułomnym śladem jednego z głównych członków ustroju, który dla nieprzepartych przeszkód niezdołał się rozwinąć całkowicie porówno z innymi. Jednym z głównych powodów tego upośledzenia nauk lekarskich było początkowe zaraz urządzenie zakonne zakładu, nadające przewagę stanowi duchownemu. Profesorowie mieli wyznaczone sobie na mieszkania kolegia, w których według przepisanej reguły żyć byli powinni koleją starszeństwa, z wyjątkiem osobno uposażonych katedr astronomii i wymowy, posuwali się od posad szczupło uposażonych na dostatniejsze, a skutkiem tego przedmioty naukowe ciągle zmieniali, nie mogąc się przeto żadnemu poświęcić z zamiłowaniem i trwale. Dla tego też i nauczyciele lekarstwa poczytywali katedry swoje tylko za szczeble do wyższych duchownych dostojeństw. Jakoż z początku zajmowali je po największej części księża i zajmować je tylko mogli dla tego, że jedynie tylko te z nich obiecywały jakąś korzyść, do których przywiązane było duchowne jakieś beneficium. Są ślady, że w Krakowie było osobne kolegium lekarskie (Muczkowski: Mieszkania i postępowanie uczniów krakowskich w wiekach dawniejszych. Kraków 1842. 8. str. 10. 11.) i że znajdowało się w bliskości prawnego, lecz wnet inne otrzymało przeznaczenie. Albowiem, gdy medycy żonaci mieszkać tam niechcieli, uchwalono w r. 1450, kiedy krakowianinowi Bernardowi Hessemu katedrę medycyny oddawano, żeby tenże przedmiot swój wykładał w kolegium wielkiem, a na mieszkanie wyznaczono mu 4 grzywny. Według dawnych uchwał wydział lekarski powinien był mieć sześciu profesorów (Stan wewnętrzny i zewnętrzny *studii generalis Universitatis Cracov.* 1774. Ob. Roczn. Wydz. lek. T. II. 1839. str. 73.), ale gdy jego fundusze zmarniały, zeszczuplała także ich liczba do trzech, dwóch, a nawet do jednego.

Mamy też niewątpliwe świadectwa, że uprawa nauk lekarskich w Szkole głównej krakowskiej nie ciągnęła się pasmem nieprzerwanem i nie ogarniała zawsze tego zakresu, który jest konieczny do zupełnego wykształcenia się w tej sztuce i do ubiegania się w niej o stopień mistrza lub doktora. Bywało, i to zdaje się nie rzadko i nie na krótki czas tylko, że wydział lekarski istniał z imienia jedynie, lecz nie rzeczywiście, że wyobrażali go lekarze, mający sam tytuł profesora bez obowiązku wykładania i bez zapłaty. Wszakże zdarzało się, że i posiadający *beneficium* duchowne, do katedry lekarskiej przywiązane, mógł się uchylić od powinności osobistego uczenia i albo wyręczać się kim innym, albo i od tego ciężaru się zupełnie uwolnić. Stąd też do nauk lekarskich trzeba było przykładać się za granicą, zwykle we Włoszech, może później i w Pradze czeskiej, a tu w Krakowie potwierdzać otrzymany gdzieindziej stopień, już to dla nabycia prawa wykonawstwa, już to, by być policzonym w poczet członków uniwersytetu. (C. d. n.).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

7. Instytucye i zakłady humanitarne.

Rozdział ten obejmuje:
a) zakłady dla pomieszczenia chorych,
b) zakłady zaopatrzenia,
c) ustęp (3 wiersze) o „Poliklinice lwowskiej“,
d) o Tow. ratunkowem lwowskiem i krakowskiem,
e) o domach przytułku lwowskim i krakowskim.

Powyższe ustępy Sprawozdania, omawiane jużto na innem miejscu, jużto ze Sprawozdań Towarzystw znane, opuszczamy.

Natomiast z prawdziwą przyjemnością notujemy rozwój i coraz to większą liczbę Kolonij wakacyjnych, których Sprawozdanie przytacza aż 10. Słusznie też podnosi Sprawozdanie, że „najprawdopodobniej zajmuje Galicya pod względem liczby dzieci, pomieszczonych w koloniach wakacyjnych, pierwsze miejsce pośród reszty krajów koronnych, a niektóre budynki tych zakładów mogą służyć za wzór“.

Zanotujemy jednak, że prócz zasiłków 3 galicyjskich Dyrekcyj kolei państw., instytucye te opierają się wyłącznie na ofiarach społeczeństwa samego i usilnych staraniach jednostek. Władze nie dają ani grosza, przepraszam, udzielają pozwolenia na urządzanie loteryj fantowych „z uwolnieniem od opłaty“.

Podobnież rozwijają się „korpusy wakacyjne“, urządzane dla dzieci, które już absolutnie w miastach spędzać muszą wakacye.

Również krakowski „Park Dra Jordana“ przykładem pociąga i dzięki jego twórcy powstaje podobna instytucya w Sanoku staraniem tamtejszego lekarza powiatowego, Dra Wł. Czyżewicza.

Wreszcie we Lwowie istniejące stowarzyszenie „Opatrzność“ wybudowało w ostatnich latach własny dom w celu pomieszczania w nim i przyzwyczajania do pracy moralnie i materyalnie upadłych osobników i uwolnienia Lwowa od żebraków i włóczęgów. Lecz choć miejsca jest na 200 prebendaryuszy było ich przeciętnie około 100 tylko, brakło bowiem grosza na utrzymanie ich, które i tak w 1899 roku kosztowało 21.355 koron. Takich domów i takich towarzystw najwięcej dziś potrzeba, to jest kierunek, który wskazać należy wszystkim, mającym czynić czy jałmużnę, czy wsparcie, czy fundacyę itd. Żadna inna instytucya dobroczynna nie zasługuje obecnie w naszych warunkach tak na najusilniejsze poparcie, jak właśnie taka instytucya.

8. Więzienia i areszty,

istniejące przy c. k. sądach obwodowych są stanowczo za ciasne i niehigieniczne i nieraz dają powód do szerzenia się epidemii, zwłaszcza duru plamistego. Natomiast w większych i lepiej urządzonych i prowadzonych zakładach karnych we Lwowie, Stanisławowie, Wiśniczu i Krakowie nie było żadnej choroby epidemicznej, ani też liczniejszych przypadków innych chorób.

9. Środki zapobiegawcze przeciw chorobom zakaźnym.

Brak pawilonów izolacyjnych przy szpitalach na przypadek pojawienia się jakiej epidemii jest w tym roku równie przykry, jak w roku zeszłym. Brakowi temu starano się zaradzić przez przenoszenie chorych w razie potrzeby do tymczasowych baraków i choć w ten sposób zapobiegano szerzeniu się epidemii. Wydano też w tym roku (1899) znacznie więcej grosza zarówno na leki i zarządzenia przeciw szerzeniu się chorób (146.184 złr., zaś w 1898 r. 109.130 złr.), jak i na zapomogi tam, gdzie głód groził (5100 koron, zaś w 1898 r. 4000 koron). Referent sanitarny i dwaj inspektorowie przedsięwzięli razem dziesięć podróży celem kontroli sposobu tłumienia epidemii. Jakie zarządzenia zastali już poczynione, jakie wydali sami, o ile one zostały spełnione, jakie wydały owoce, tego dowiadujemy się w jednym przypadku (powiat żydaczowski), gdzie też epidemia duru plamistego ograniczyła się do kilkunastu przypadków

Rozdział ten kończą bardzo staranne i mozolne obliczenia, ile wydano ze skarbu państwa na każdą chorobę z osobna, ile na każdy powiat, a w nim znowu na każdą chorobę, a ile z tego znowu wypada na każdą głowę ludności itd.

10. Inne urządzenia sanitarne i higieniczne.

W rozdziale tym Sprawozdanie, zaznaczywszy przeważnie złe urządzania łaźni rytualnych żydowskich po naszych miastach, tak dalece, że często zamyka się je z urzędu, przytacza budowę nowych w czterech miasteczkach; dalej podaje ulepszenia w naszych miejscach kąpielowych, z których najważniejsze jest wykończenie kanalizacyi w Rabce i przeprowadzenie 100 metr. kanału w Truskawcu.

11. Grzebanie zwłok; cmentarze.

Zaledwie czwartą część wszystkich przypadków śmierci stwierdzili w roku sprawozdawczym lekarze.

Na cmentarzach brak często trupiarni, albo są one źle urządzone. W kilku gminach założono nowe cmentarze, między innymi w Podgórzu 7 morgowy.

12. Służba zdrowia.

Liczbę lekarzy omówiło już Sprawozdanie na str. 88 w rozdziale p. t. „Służba zdrowia“. Tu tensam tytuł powtarza się powtórnie, a w pownej części i treść.

Słusznie żali się Sprawozdanie na to, że więcej niż trzecia część wszystkich lekarzy, których w Galicyi w r. 1899 było razem 1319, osiada w Krakowie i Lwowie, podczas gdy na blizko 7,000.000 ludności pozostaje tylko dwie trzecie. Bo też to i ciężko zdecydować się na osiedlenie na prowincyi: brak otoczenia ludzi z wykształceniem uniwersyteckiem, brak sposobu kształcenia dzieci, praca ciężka, a źle wynagradzana.

Że stosunki zarobkowe lekarzy znacznie się pogorszyły, o tem świadczy znaczna liczba przesiedleń, oraz podań o każdą, choćby lichą płatną posadę, a wreszcie znacznie zmniejszająca się liczba nowo wpisujących się uczniów medycyny. Tylko tworzenie znaczniejszej liczby i lepiej nieco płatnych posad na prowincyi może temu złemu zaradzić.

Rozdział 1892 położnych w kraju jest korzystniejszym, gdyż w Krakowie i Lwowie jest z tej liczby tylko 22·8%, reszta na prowincyi, gdzie coraz więcej otwiera się dla nich posad. Przepisane tabele porodowe przedłożyło 1662 położnych, t. j. 83·8% wszystkich. Sprawozdanie żali się, że lekarze urzędowi przedkładają Sprawozdania często pełne braków, w których jednak widocznem jest, że zgromadzenia i kontrola położnych nie odbywają się z należytą ścisłością. Mimoto stwierdza Sprawozdanie, że w ostatnich latach uzyskano godne zaznaczenia postępy tak co do pomocy położniczej, co do sprawiania narzędzi, co do prowadzenia dzienników porodowych, jak i co do używania środków odkażających i dozoru nad czynnością położnych. Aby zaś osiągnięty postęp co do pomocy położniczej dalej rozwijać, wydało c. k. Namiestnictwo odpowiednie wskazówki w okólniku z dnia 20/IX r. L. 73.802.

W roku 1899 zdało egzamin we Lwowie 116, w Krakowie 67, razem 183 położnych, z których 80 pobierało przez czas pobytu na nauce stypendya jużto od wydziału powiatowego, jużto od gminy.

Rozdział zakończają krótkie, a znane ze Sprawozdań szczegóły o instytucyach i towarzystwach zawodowych, jak izby lekarskie, towarzystwa lekarskie i aptekarskie.

13. Gminna służba zdrowia.

Tworzenie okręgów sanitarnych odbywało się w następujący sposób:

Z końcem roku	1893	było obsadzonych	11	okręgów
„	1894	„	31	„
„	1895	„	42	„
„	1896	„	68	„
„	1897	„	83	„
„	1898	„	85	„
„	1899	„	102	„

Po koniec roku 1899 utworzono właściwie 109 okręgów sanitarnych, lecz 7 z nich po koniec roku sprawozdawczego nie zostało obsadzonych. Zawsze jeszcze 13 powiatów nie miało żadnego lekarza okręgowego, a 31 tylko po jednym.

Lekarzy gminnych (po miastach i miasteczkach), z których w roku 1898 było 78, pozostało z końcem roku tylko 76, gdyż jeden z nich zrzekł się posady, a w Kołomyi, gdzie dotąd było dwóch lekarzy gminnych, zwinięto jedną z tych posad. Oprócz tego jest w kraju około 90 lekarzy gminnych, którzy nie po myśli ustawy z 2 lutego 1891 r. zajmują posady prowizoryczne z płacą od 300 do 600 koron!! W 7 powiatach: brzozowskim, dąbrowskim, husiatyńskim, limanowskim, mieleckim, pilzneńskim, rudeckim nie było z końcem roku 1899 żadnego, ani gminnego, ani okręgowego lekarza.

Z końcem roku 1899 było położnych gminnych 193 (w roku 1898 164), a 373 okręgowych (w roku 1898 329). W 16-tu powiatach nie było ani jednej położnej gminnej, a w 11 ani jednej okręgowej. W trzech zaś powiatach: borszczowskim, podhajeckim i żywieckim nie było ani jednej położnej, ani gminnej, ani okręgowej. W roku 1898 było takich powiatów pięć. Na podstawie §. 18 ustawy krajowej o urządzeniu służby zdrowia w gminach i obszarach dworskich mają wszystkie samoistne gminy sanitarne, t. j. takie, które utrzymują własnych lekarzy, poczynić odpowiednie zarządzenia celem niesienia natychmiastowej pomocy dla chorych, potrzebujących przytułku i opieki, oraz dla rodzących, a mianowicie mają utrzymywać w pogotowiu odpowiednio urządzony lokal dla chorych, opatrzony w najniezbędniejsze potrzeby ratunkowe i przewozowe.

Z tabeli, umieszczonej w Sprawozdaniu, przekonywujemy się, że takich gmin, któreby ustawie czyniły zadość, było mało, a i tu znajdujemy dopiski „nie urządzony“ lub „nie odpowiedni“ itp.; lokale takie są tem potrzebniejsze tam, gdzie niema szpitali, a takich gmin i to większych miasteczek przytacza Sprawozdanie aż 10. Lecz i z istniejących lokali, jak z tej tabeli widzimy, bardzo rzadko korzystano, bo są one zwykle zbyt niedostatecznie urządzone, a ludność do nich jeszcze nie nabrała zaufania.

14. Czynności c. k. Rady zdrowia.

Znajdujemy tu wyliczenie 67 (w 1898 roku 86) przedmiotów obrad, którymi Rada zdrowia zajmowała się na 13 posiedzeniach (opinie co do okręgów sanitarnych, co do otwarcia zakładów przemysłowych, obsadzenia posad itd.). W Sprawozdaniu z roku 1898 znajdowało się na tem miejscu jeszcze zestawienie spraw, przydzielonych do załatwienia departamentowi sanitarnemu c. k. Namiestnictwa i do wydania opinii z innych departamentów Namiestnictwa. Tabel tych w tym roku niema. (Dokończenie nastąpi).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21. maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po przedstawieniu chorych przez kol. prof. Trzebickyego, kol. Dr. Eisenberg mówił: „O nowej postaci chorobowej, t. zw. durze rzekomym“.

* Wydział lekarski U. J. mianował Dr. F. Eisenberga asystentem profesora higieny.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w U. J. otrzymał Henryk Trenkner.

* Egzamin fizykacki złożyli w Krakowie następujący doktorowie wszechnauk lekarskich: J. Weinsberg, D. Hirsch, S. Gólski, B. Hanczakowski, K. Habicht, M. Blasberg, S. Pozniak, J. Rosenbaum i J. Schieber.

* Dr. Henryk Halban, syn ś. p. prof. Leona Halbana, wychowaniec Uniw. Jag., miał w Wiedniu wykład habilitacyjny z zakresu chorób umysłowych. Prelegent mówił: „O psychozach w rumieniu lombardzkim *(pellagra)*.

* D. 15 b. m. odbyło się w warszawskim kościele popijarskim uroczyste odsłonięcie pomnika poświęconego „przez wdzięcznych wychowańców wydziału prawnego“ ś. p. Dr. Józefowi Mianowskiemu, rektorowi b. Szkoły głównej w warszawie.

Ś. p. Dr. Józef Mianowski urodził się r. 1804 w Humaniu na Ukrainie; wydział lekarski ukończył w Wilnie r. 1828; po odbyciu gruntownych studyów w kraju i za granicą, mianowany został w r. 1839 profesorem — adjunktem kliniki lekarskiej w Wilnie, a jednocześnie wykładał fizyologię; w r. następnym mian został profesorem zwyczajnym fizyologii. Po skasowaniu wileńskiej Akademii lekarskiej poruczono mu wykłady z zakresu fizyologii w petersburgskiej lekarskiej Akademii wojskowej. Nad Newą spędził lat 18 na różnych zaszczytnych stanowiskach, a w r. 1860, jako emeryt, przeniósł się do Włoch. Powołany w r. 1862 na stanowisko rektora warszawskiej Szkoły głównej, pełnił te obowiązki do r. 1869. Umarł we Włoszech, w Sinigalii r. 1879

* Na konkursie w warszawskim szpitalu izraelickim na posadę ordynatora w oddziale chorób nerwowych największą liczbę głosów otrzymał znany specyalista, Dr. Ed. Flatau.

* Na ostatniem posiedzeniu Najwyższej Rady zdrowia zdał sprawę

Dr. Kusy, referent sanitarny w ministerstwie spraw wewnętrznych, o wybuchu dżumy w Indyach, a cholery w Syryi. Prof. Weichselbaum mówił o wyrabianiu surowicy do badania krwi w celach sądowo-lekarskich.

* Biuro centralne międzynarodowego związku przeciwgruźliczego odbyło zgromadzenie w Paryżu pod przewodnictwem Brouardela. Delegaci zdawali sprawę ze środków, przedsięwziętych w ich krajach do zwalczania gruźlicy: Leyden mówił o znakomitych wynikach usiłowań w tym kierunku w Niemczech, gdzie już istnieje 72 zakłady dla 7200 chorych na gruźlicę, którzy przeciętnie mogą przebywać po 3 miesiące w leczeniu; tym sposobem do 30,000 chorych rocznie może przebywać w tych zakładach. Hilliers nalicza w Anglii 52 zakłady o 2,385 łóżkach; Belgia podług Dewetza ma tylko 2 zakłady; Dania podług Rördana — 3 zakłady; Szwecya podług Schmitta — 2 zakłady. Blumenthal twierdzi, że w Rosyi powstało kilka zakładów na wybrzeżach morskich. Francya, podług Brouardela, wysyła rocznie 5000 dzieci gruźliczych nad brzeg morski. Schrötter zna tylko 1 zakład przeciwgruźliczy w Austryi, zapewne Alland. Delegat austryacki zdaje się nic nie wie o sanatoryum w Zakopanem.

* Między 28—IV a 5—V doniesiono władzy o 1 przypadku ospy w pow. bocheńskim oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w m. Lwowie (2 przypadki) i następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), czortkowskim (1 g.), dobromilskim (1 g.), dolniańskim (1 g.), drohobyckim (2 g.), horodeńskim (2 g.), jaworowskim (7 g.), nadworniańskim (1 g.), peczeniżyńskim (1 g.), podhajeckim (1 g.), przemyślańskim (1 g.), przeworskim (4 g.), rawskim (1 g.), samborskim (1 g.), skałackim (2 g.), śniatyńskim (4 g.), stryjskim (1 g.), trembowelskim (2 g.), wadowickim (1 g.), złoczowskim (2 g.), żołkiewskim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVII (26—IV do 2—V). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 11, urodziło się dzieci 54, zmarło osób 58, mianowicie: z gruźlicy 9 (2 zam.), z zapalenia płuc 16 (5 zam.), z duru brzusznego 1 (zam.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani zostali: Dr. Lawin — prof. fizyologii w Kadyksie. Dr. Mifsud — prof. zwycz. medycyny wewnętrznej w Malcie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Oehl, prof. fizyologii w Pawii. —

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (kwiecień). Geisler: Iridodialysis et inversio iridis traumatica. Ipohorski-Lenkiewicz: Wydobycie odprysku żelaznego z przedniej komory za pomocą elektromagnesu Haaba.

— *Gazeta lekarska* Nr. 19. Ciechomski: W sprawie postępowania operacyjnego przy ropniach gruczołu krokowego (dokończenie). Kopczyński: W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy pląsawicy (dok). H. Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 19. Moraczewski. Chemia fizyczna i zastosowanie jej do medycyny. Goldberg: Kilka uwag w sprawie balneoterapii chorób kobiecych.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 5. Mańkowski: Zakład higieny w Bernie szwajcarskim.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 19. Daniček: Echinococcus v dutině břišni. Brabec: O empyemu dutiny čelní (c. d.). Matiegka O významu váhy mozkové u člověka. Slavík: Zločin těžkého uškození na těle dle § 152 tr. z. resp. přečin proti bezpečnosti života dle § 335 t. z. Srdinko: O differencování pohlaví a dědičnosti u člověka i zvířat.

— *La Presse médicale* Nr. 37. Brouardel: Zwalczanie gruźlicy we Francyi. Bezançon i Labbé: Jednojądrzastość krwi i jej stosunek do odporności.

Nr. 38. Dieulafoy: Przypadek tężca wywołanego wstrzyknięciem żelatynowej surowicy. Langenhagen: Obfite wlewania jelitowe w leczeniu śluzowo-błoniastego zapalenia okrężnicy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 19. Bernhardt: Patologia zastarzałych obwodowych porażeń nerwu twarzowego. Roeder: Najniższy punkt zamarzania moczu chorych na zapalenie nerek i znaczenie jego, wyjaśnione drogą prób rozcieńczania. Aldor: Leczenie przewlekłego nieżytu jelit grubych za pomocą wysokich wlewań. Wolff: Przyczynek do nauki o morfologicznych procesach przy zakażeniu i odporności (c. d). Hueppe: Ćwiczenia ciała a alkoholizm.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 19. Freumuth: Dyagnostyczne doświadczenia nad działaniem tuberkuliny w chorobach płuc. Pickert: Przyczynek do wyjaśnienia korzystnego wpływu pozostawania w łóżku na gorączkę suchotników. Ambrosino: Wynik leczenia w sanatoryach chorób płucnych członków dwóch Kas chorych. Köhler: Skuteczność nowoczesnego leczenia chorób płucnych w sanatoryach w świetle statystyki. Praktyka i zadanie tych zakładów. Liebe: Znaczenie sanatoryów w walce z gruźlicą. Fischer: Szmer w jamie ustnej. Spirlas: Wakuole trawienne i ich stosunek do pasorzytów raka Foa-Plimmera. Wolff. Uwagi nad leczeniem chorób płucnych w sanatoryach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 20. Wiener: Przenoszenie się gruźlicy na rozmaite gatunki zwierząt. Netolitzky: Próby nakurzania z kilkoma środkami przeciwdychawiczymi. Haim: Chorobotwórczość prątka *proteus vulgaris* (Hauser) Haberer: Przypadek palców nadliczbowych u stopy. Böhler: Uwagi kliniczne nad guzami nerek, zwłaszcza nad złośliwymi nabłoniakami tego narządu (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 20. Riegel: O tętnie dziwacznem *(pulsus paradoxus)*. Rehfisch: Rokowanie przy tętnie przepuszczającem. Freymuth: Doświadczalne badania nad stosunkiem lekkich zakażeń do narządu krwiotwórczego. Pflughoeft: Doświadczalne badania nad wpływem wykluczenia wątroby na punkt zamarzania krwi.

Redakcya otrzymała. Dr. Zenon Orłowski: O wlijanii myszjaka na rost i chimiczeskij sostaw *Aspergilli nigri*. Hamaček: Janské lázně v Krkonoších. Doc Chlumský: Ueber Bau und innere Einrichtung einer chirurgischen Klinik. Wrzosek: Stručný přehled dějin polského lékařstvi w XIX věku

---

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 27 b. m. o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. doc. Łepkowski mówić będzie: „O porcelanie i emalii w dentystyce". (Z demonstracyami).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.